مدخل إلى
اضطرابات السلوك

الجزء الأول

الأستاذ الدكتور
عبد السلام أحمدى الشيخ
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة طنطا

٢٠٠١-٢٠٠٢

الفصل الأول

مدخل إلى دراسة اضطرابات السلوك

أ - ماهو المقصود باضطرابات السلوك ؟

١ - الأمراض النفسية وقلق العصر :

من الشائع أن الأمراض النفسية تزداد مع ازدياد الحضارة والمدنية ومع انتشار الصناعة وإحلالها محل الزراعة غير أن هذا القول وإن كان يبدو ظاهرياً صادقاً إلا أنه لانستطيع أن نؤكد صدقه علمياً ومانستطيع أن نؤكده هو القول الشائع بأن القرن السابع عشر هو عصر التنوير - والقرن الثامن عشر هو عصر العمل والمنطق والقرن ١٩ هو عصر التقدم وأننا من الحكمة أن نطلق صادقين على القرن العشرين عصر القلق والتوتر ، فالمشكلات المتزايدة التى تواجه إنسان هذا العصر تعوقه خطواته نحو تحقيق سعادته كالتمييز العنصرى ومايرتبط به من إرهاب واغتيالات - والخوف المتبادل والتنافس الشديد - وازدياد الصراع بين الأفراد والتعصب وضغوط الجماعات والتغيير السريع غير المتوازن وخاصة فى مصر والوطن العربى بين القطاعات المعنوية كالقيم والعادات والتقاليد والقطاعات المادية كتطبيقات العلم والتكنولوجيا ، كل ذلك وغيره الكثير خاصة فى كل الدول التى تحاول أن تتغلب على مظاهر التخلف والتى نجد فيها أدنى مستويات العلم وأكثر مظاهر التخلف كالأمية واتساع نطاق وضغوط التقاليد المتوارثة منذ عصر الفراعنة حتى هذا العصر ، ونتيجة لمحاولة ميكنة الزراعة علمياً وتكنولوجيا وتصنيعها وجعل الصناعة مصدراً للرزق ومصدراً لابد منه للدخل القومى بجانب الزراعة ، نتيجة لكل ذلك كان عصرنا هذا هو عصر الصراع النفسى والتوتر وعصر القلق وغموض المواقف . فكل هذه

الظروف أنها تكون مجالاً خصباً لسوء التوافق، ويكفى أن نعرف كم يعانى الصينيون من إدمان الأفيون وكم تعانى كثير من الشعوب من تعاطى الحشيش، وفى مصر نعرف مدى المعاناة التى يعانيها متعاطى العقاقير المخدرة كم من أموال تستقطع من أقواتهم ومن مخالفات قانونية وجرائم تصل عقوبتها إلى الأشغال الشاقة .

ويكفى أن نعرف أن الأمريكيين ينفقون أكثر من ١٠ بليون دولار سنوياً على المشروبات الكحولية، وبلغت كمية العقاقير المهدئة التى تباع فى الشهر الواحد فى أوربا وأمريكا مئات الأطنان. كل ذلك إنما هو فى الحقيقة نتيجة لذلك القلق الذى ساد هذا العصر .

ويكفى أن نعرف أن أكثر من ٤٠٪ من جميع المرضى الذين يترددون على جميع الأطباء البشريين يعانون أساساً من العصاب. (عكاشة - ص٢٠).

ومن إحصائية للدكتور عكاشة - الطب النفسى المعاصر ص٢٢ - وجد أن نسبة المرضى العصابيين الذين يترددون على الأطباء حسب تخصصاتهم كانت كما يلى :

٤٠ - ٦٠٪ من المترددين على أطباء القلب .
٣٠ - ٤٠٪ من المترددين على أطباء الصدر .
٥٠ - ٦٥٪ من المترددين على أطباء الجهاز الهضمى .
٣٠ - ٤٠٪ الممارس العام .
٦٠ - ٦٥٪ من المترددين على أطباء الجلد .
٤٠ - ٦٠٪ أطباء الأمراض التناسلية .
٢٠ - ٣٠٪ بين أطباء النساء .

١٠ - ١٥٪ بين أطباء الجراحة .

٥٠ - ٧٠٪ بين أطباء الأعصاب .

ويلجأ هؤلاء المرضى لكافة الأطباء يشكون من أعراض عامة مثل: الأرق - حموضة المعدة - أو حرقان القلب - سوء الهضم - الضعف العام بأعراضه - الخوف من الدرن - السرطان انقباض فى الصدر - اختناق التنفس .... إلخ .

ويذكر عكاشة ص٢٢ أن نسبة العصاب بين المجموع العام تتراوح من ١٠-٢٥٪، بينما الذهان من ٥-١٠٪ .

ويذكر كولمان أن عدد المرضى النفسانيين فى أمريكا يبلغ نصف عدد جميع المرضى تقريباً، وهى نسبة تقترب من النسبة التى ذكرها عكاشة فى مجتمعنا .

ب - الأفكار الشائعة عن السلوك المضطرب :

١ - السلوك المرضى فى نظر الإنسان العادى:

تأثرت هذه النظرة بما خلفه لنا التاريخ من أمثلة شاذة ومتطرفة لمرضى النفس وكيف كان سلوكهم شاذاً مثيراً للسخرية والخوف، وكيف كانوا يجتمعون وينعزلون سوياً بعيداً عن المجتمع اتقاءً لشرهم أو الأرواح الشريرة فيهم - وهذه المتخلفات التاريخية عن مرضى النفس أثرت فى نظرة الرجل العادى المعاصر إلى السلوك المرضى وإلى مرضى العقل والنفس مما يعطى صورة كئيبة عن هذا المرض وعن المصابين به ولم يكن من السهل تعديل هذه النظرة لتصبح أكثر موضوعية خاصة وأنه لم يمكن تطبيق المنهج العلمى على دراسة السلوك البشرى إلا حديثاً جداً، كما أن العلاج لمثل كثير من

هذه الحالات ليس ناجحاً وكثيراً مايتبع فى علاجها أسلوباً غير تلك الأساليب الشائعة الموثوق بها فى علاج الأمراض الفيزيقية .

وبالطبع فإن هذ النظرة إلى مرضى النفس باعتبارهم إما أقرب إلى المجرمين أو على أنهم يمثلون فئة دنيا من البشر أو فئة شريرة أو تتعقبهم أرواحاً شريرة جعل اكتشاف هذه الأمراض مبكراً أمراً صعباً، كما جعل علاجها أصعب، ذلك أن المريض إذا ماعولج داخل المستشفى وخرج إلى المجتمع وجد نفسه داخل مجتمع يعتبره شاذاً عنه تحمل كل أو معظم تصرفاته معان تؤكد شذوذه حتى لو لم تكن شاذة وسرعان مايرتفع الصراع لديه وتعاوده الأعراض المرضية .

٢ - بعض الأمثلة القديمة عن السلوك المرضى :

الأمراض النفسية ليست قاصرة على هذا العصر، لأنها موجودة منذ بداية التاريخ وتخلفت لنا أثار عنها فى كتابات اللغات القديمة، الصينية، والمصرية العبرية، واليونانية القديمة فتحمل لنا مخطوطات عبرية كيف أن ملك إسرائيل صول saul قبل الميلاد كان يعانى من أعراض تشبه أمراض ذهان الهوس الاكتئابى. وأثناء هجوم ألمانيا عليه فإنه يضع كل ملابسه أمام الأخرين فى مكان عام، كما حاول قتل ابنه Jonathan ، وكان قمبيز ملك الفرس فى القرن السادس قبل الميلاد من مدمنى الكحول وقد ارتبط وقت إدمانه مع فترات يكون فيها غير قادر على التحكم فى غضبه فيسلك كرجل مجنون مما كان يدفعه إلى المخاطرة بحروب بدون إعداد لها واتخاذ قرارات هامة فى مصير بلده وقد أعلن الحرب مرة ضد الأثيوبيين وحينما هُزم جيشه وعاد الشعب يحتفل وكان غاضباً فظن أنهم فرحون بهزيمته فأمر بقتل كل من اشترك فى الحفل بل تحدى القانون الفارسى بزواجه من أخته وقتل أخته الأخرى .

وتحكى لنا الأساطير الاغريقية عن أشخاص مصابين بالمرض العقلى وبعض علماء الإغريق مثل ديمقراطيس، وسقراط، والاسكندر الأكبر، كانوا مصابين بالمرض العقلى .

وفى العصور الوسطى كان تيمور لانك ١٣٣٦، ١٤٠٥ - الذى كان مغرماً ببناء الأهرامات من جماجم البشر، وجورج الثالث ملك إنجلترا الذى كان يعانى من المرح الاكتئابى، فكان إذا ما جلس على المائدة قتل أى شخص ينافسه الطعام عليها، وقد عانى چان چاك روسو فى أيامه الأخيرة من الخوف من أعداء سريين وهميين وظهرت عليه أعراض البارانويا - فكان يظن أن انجلترا وفرنسا والملك والقس يشنون حرباً ضده غير مرئية، وفقد الثقة فى كل شئ تقريباً... وكثيراً غير هؤلاء موزار، وفان جوخ الذى قطع أذنه، وشوبنهور، وشوبان، وجون استيوارت ميل حيث كانوا يعانون من نوبات اكتئاب. وكذلك نجد موسيلينى وهتلر غير أنه يلاحظ أن هؤلاء كان ينظر إليهم فى أيامهم على أنها عاديين تماماً. بل كان كثير منهم يمثلون بطولة قومية أسطورية .

٣ - الأدب والسلوك المرضى :

من الصعب جداً أن نحصر -مهما أختصرنا- نظرة الأدب إلى السلوك المرضى، كذلك نجد أن أخصب مجال لهذا السلوك مذكوراً فى الأدب .

ويستطيع القارئ أن يتأكد من ذلك حينما يطلع على معظم كتب فرويد مثلاً ليعرف منها كيف اتخذ فرويد وكانت معظم دراساته على السلوك المرضى أساساً لنظريته ودعا متهما الأدب العالمى. فعطيل مثلاً Othello يعطينا مثلاً واضحاً لسيطرة الغيرة الشديدة والشك غير المنطقى

وأصبح مقتنعاً بخيانة زوجته وقتلها فى لحظة غيرة. وكثير من شخصيات شكسبير مابين ١٥٩٠ إلى ١٩١٠ تستطيع أن تتوسم فيها نمو السلوك المرضى، فسلوك الشعور بالترقب العميق عند ماكبث Lady Macpeth بعد اشتراكها فى قتل الملك (دون كان) قد ظهر فى سيرها أثناء النوم وفى حواز غسيل يديها لمدة أكثر من نصف ساعة مع أن غسيل يديها هذا فشل فى تنظيفها من الشعور بالذنب والإثم حيث تقول فى الفصل الخامس المنظر الأول: «هنا مازالت رائحة الدم كل الروائح العربية لاتستطيع غسل هذه اليد الصغيرة». وفى قصة دون كيشوت لسير فانتسى وتقبله بصورة طبيعية أن يتقمص دور الفارس الذى يعيد العدالة ثم صدق أن الطواحين هى شياطين عليه أن يحاربها وسيطرت عليه فكرة محاربة هذه الشياطين .

وفى هذا المثل نموذجاً جيداً للقابلية الشديدة للإيحاء والتقمص وعرض الوساوس القهرية. وفى الأدب العربى نجد كتابات إحسان عبد القدوس مثلاً خاصة فيما يتصل باضطراب السلوك الجنسى .

٤ - الحياة الجارية والسلوك المرضى:

لاينتشر السلوك المرضى فقط فى المجتمعات المتقدمة بل هو أكثر فى تلك المجتمعات المسماه بالنامية خاصة ى مصر ذات الأهداف الطموحه والإمكانيات القليلة، ولاتقرأ جريدة يومية أو إذاعة أو تليفزيون ... إلخ. إلا وتواجه سلوكاً مرضياً من خلال مايواجهنا، بل فى الشوارع وخطف السيدات، والسلبية ومظاهر المشاعر ضد الاجتماعية التزويغ فى العمل والكذب... إلخ. هذا علاوة على الأعراض المرضية المعروفة من قلق وأعراض سيكوسوماتية عديدة وتوتر وسلوك سيكوباتى .

ومن هنا فإن دراسة علم النفس المرضى أصبحت ضرورة لفهم الكثير من حوادث الحياة، وعلم النفس يهدف أساساً إلى تغيير سلوك الأفراد بما يحقق لهم أفضل توافق وهذا هو الهدف العام المباشر لعلم النفس المرضى، وكم من أمثلة تحدث فى الحياة الجارية توضح وتؤكد لنا أهمية هذا العلم ونجدها فى المحاكم ومراكز الشرطة ومؤسسات رعاية الأحداث، وفى المدارس وفى داخل المنازل فكم من شخص يسئ معاملة زوجته ويعذبها فإذا هجرته أو طلبت الطلاق ينتحر والعكس كذلك، وكم من شخص سليم البدن ذو مركز مرموق يعد بدون تفسير موضوعى على أنه فاشل وبائس، وكم من أطفال فى سن مبكره وأوائل المراهقه تنحرف لترتكب أبغض الجرائم وأذكاها... إلخ. ولنا فى انتشار الإدمان مثلاً واضحاً حتى بين الشباب والإناث .

٥ - بعض المعتقدات الشعبية والسلوك المرضى :

من الطبيعى أن يخاف الناس من الأمراض غير أنه من غير الطبيعى أن بعض الأفراد كلما قرأوا عن بعض أعراض معينه توهموا إصابتهم بهذه الأمراض.. والحقيقة أن كل منا يشعر فى لحظة معينة أنه غير عادى، كما قد يشعر بالقلق وسوء الهضم مثلاً ، غير أن هذه الأعراض تكون غالباً مؤقتة عند عدد كبير من الناس كما يتضح فى دراسة أجريت سنة ١٩٦٠ Gurin vero pp and grif 1960 على عينة ممثلة للأمريكيين اتضح فيها أن شخصاً واحداً من خمسة أشخاص كان يشعر أن أعصابه سوف تنهار أو أنه مريض نفسياً ، غير أنه يجب أن نكون على وعى بأنه ليس هناك فاصلاً حاسماً بين السواء والمرض كما هو شائع فى المعتقدات الشعبية، فكلنا فى الحقيقة مرضى وإنما نحن نختلف فقط فى الدرجة. فالسلوك المرضى يمتد من قطب السواء إلى قطب المرض بل أن نفس الشخص

قد يتحرك على هذا المتصل قرباً أو بعداً عن أحد القطبين تبعاً لشروط معينة.

ومن الاعتقادات الشعبية الشائعة أن هذا المرض يرجع للوراثة ... غير أن هذا الدور غير معروف بالرغم من وضوح الدور الذى تلعبه الوراثة فى هذه الأمراض خاصة الفصام .

كما أن هناك اعتقاداً شائعاً بأن الجنس خاصة العاده السرية توجد وراء السلوك المرضى غير أن الأمر ليس بتلك البساطة، ذلك أنه ليس الجنس بل كيفية تقييم الشخص نفسه لسلوكه الجنسى هو الذى يلعب دوراً وراء الأمراض النفسية .

ومن المعتقدات الشائعة كذلك أن العبقرية ترتبط بالجنون، وكان وراء هذا المعتقد بعض المفكرين مثل لمبروزو سنة ١٨٩١ .

غير أن البحوث التجريبية المعاصره أثبتت العكس، كما فى دراسة أجراها دكتور صفوت فرج بجامعة القاهرة تحت إشراف أ. دكتور سويف وكذلك فى دراسة أجريت سنة ١٩٤٩ درس فيها ٢٩٤ من عباقرة الفن والعلم، تأكد فيها أنه لاتوجد علاقة أو أى دليل فى أن العباقرة عانوا من سلوك مرضى . وانتهى تبرمان سنة ١٩٤٠ فى دراسة له لنفس النتيجة . وفى سنة ١٩٨٩ تأكدت هذه النتيجة فى دراسة عبد السلام الشيخ التجريبية بمستشفى د. جمال ماضى أبو العزايم .

ومن المعتقدات الشائعة أن الأمراض النفسية لاعلاج لها أو غير قابلة للعلاج... غير أن الوضع العلمى والتطبيقى يقول غير ذلك، وإن كانت نسبة الشفاء فى حقيقتها غير مرتفعة إلا أن هناك تحسناً واضحاً نتيجة للعلاج .

ويوضح هذا الجدول نسبة الشفاء والتحسن فى علاج مرضى الوسواس القهرى فى فى دول مختلفة .

اسم الباحث	السنة	البلد	عدد المرضى المعالجين		شفاء	تحسن
جريمشو	١٩٦٥	إنجلترا	٩٧	العلاج	٦٪	٥٨٪
انجرام	١٩٦١	إنجلترا	٤٦	لم	٩٪	٣٠٪
كرنجلس	١٩٦٥	النرويج	٨٥	يقل	٤٪	٤٥٪
لو	١٩٦٧	هونج كونج	٨٧	عن	٢٠٪	٣٦٪
سوملر	١٩٥٣	سويسرا	٥٧	سنة	٢٨٪	٥٠٪
سوليت	١٩٥٧	إنجلترا	٦٦		٤٪	٤٨٪
رنى	١٩٥٣		٤٧		٣٦٪	٣٨٪
رودين	١٩٥٣	ألمانيا	١٣٠		١٣٪	٢٦٪
عكاشه	١٩٦٩	مصر	٨٤		١٥٪	٥٠٪

ومما يقلل من ظهور أعراض الشفاء أن الأقارب والمحيطين بالمريض نادراً مايصدقون أنه سيشفى بما يعكس استجابتهم له ويجعل استجاباته بالتالى أقرب إلى الشذوذ. وبالرغم من أن نسبة الشفاء فى الجدول السابق حقيقة إلا أن كولمان ص١٢ يوضح لنا أنه إذا كان العلاج كافياً والمتابعة دقيقة فإنه بين ٧٠-٨٠٪ من المرضى يشفون، بل ربما يصبح سلوكهم أفضل مما كان قبل المرض. (Coleman. J. 1976. P. 12).

«تاريخ العلاج النفسى بعد ظهور المنهج العلمى»

عرضنا فى الصفحات السابقة لتاريخ العلاج النفسى قبل المنهج العلمى وكيف خضع للخرافات والتخمينات، وفى هذا الجزء نعرض لتاريخ هذا العلاج بعد ظهور المنهج العلمى ونظرة العالم إلى الأمراض النفسية باعتبارها أمراضاً وليست نقص شيئاً طبياً .

وقد ظهرت هذه النظرة فى أوربا منذ ٣٠٠ سنة ولم يعد ينظر إلى هذا المرض كمس من الجن أو خلافه بل ينظر إليه كأى مرض يحتاج إلى علاج .

- وكانت الأديرة فى أوربا أول أماكن تأخذ شكل مناطق إيواء لحماية هذه الفئة من البشر ومواجهة حاجاتهم كبشر، بمعنى أن هدفها لم يكن علاجاً، بل تقديم خدمات إنسانية فقط، ومع هذا لم يكن الأمر يخلو من الضرب أو الربط أحياناً لكثير من المرضى ومن هنا لم تسمَ مستشفيات بل أماكن إيواء .
- وكان أول مكان إيواء ظهر فى لندن ١٥٤٧ وكان يعتبر نشاذاً فى تلك الأوقات وبالطبع كما يذكر «رازاس» سيئاً للعامة ويحدث فيه ربط وضرب. كما كان المرضى ينامون بشكل غير محترم وسط مخلفاتهم لصعوبة التحكم فى سلوكهم، وكان أبناء الطبقة العليا من الإنجليز يذهبون لهذا المكان للتسلية برؤية المرض نظير دفع مبالغ معينة .

وبالرغم من هذه السلبيات إلا أنها تمثل نقلة كبرى فى التوجه لهؤلاء المرضى باعتبارهم مرضى وليسوا من الأشرار ومن الذين يتقمصهم الشياطين .

ومن الغـريب ومـا يبعث على فـخر العـرب أن التى فـتـحت أول مكان إيواء بلندن والسابق الإشارة إليه قديسة مسيحية عربية من مدينة بيت لحم بفلسطين هاجـرت إلى لندن فى تلك الآونة. ولذلك سـمى مكان الإيواء هذا باسم هذه القـديسـة والمدينة التى هاجـرت منهـا إلى لندن وكـان اسـمـه منزل إيواء القديسه مارى بيت لحم .

امتد تأثير إيواء قديسة بيت لحم إلى باريس وبقية المدن الأوربية فى القرن ١٨ فـقـام فليب بينال بإصدار تشريع فى فـرنسـا بفك قـيـود المرضى داخل مكان الإيواء هذا والذى كان معروفاً فى باريس تحت اسم la Bicetre (لابستير).

استمرت إصلاح حال هؤلاء المرضى بانجلترا بقيادة «كويكار توكار» وفى أمريكا بقيادة «دور تامى ديكس» .

المستشفيات العقلية وظهورها :

كـان العـرب أسبق كـثـيـراً فى بناء المسـتـشـفـيـات النفسـيـة والعـقليـة وأخذت اسم «البيـمـارسـتـان»، وقـد سبق أن أشـرنا إلى مـحـاولات الأطبـاء العـرب فى بداية العـصـور الوسطى مـثـل «ابن سـينا» فى عـلاج المرضى ونظرتهم إليهم باعتبارهم مرضى وليسوا أشراراً تلبسهم أرواح شريرة .

بينما كانت أول مستشفى عقلية فى أمريكا ترجع إلى عهد قريب جداً ١٩٥٠ . بعـد أن حلت كـل أمـاكن إيواء هؤلاء المرضى السـابق الإشـارة إليـهـا وأصبح هدفهـا الأساسى هو العـلاج واسـتـخدمت أسـاليب عـلاجـيـة مـتـقـدمـة نفسية وطبية. غير أن عدد المرضى فى المستشفيات لم يزل كما يرى رازاس أكثر من نسبة الأطباء والخدمات المتاحة (Rathus 1990 p. 525)

حركة جماعة الصحة النفسية :

ظهرت هذه الجماعة فى النصف الأول من هذا القرن بأمريكا وقامت بجهود كثيرة لاستيعاب أكبر عدد من المرضى العقليين منذ سنة ١٩٦٠م. وأنشأت مراكز جماعة الصحة النفسية لنشر الوعى الصحى النفسى وتوفير الفرصة لكل مريض فى أن يجد مكاناً للعلاج حسب قدراته المادية كما اهتمت بحالات الطوارئ .

وظهرت جمعية التحليل النفسى على رأسها «فرويد» بالنمسا فى بداية القرن العشرين، ثم ظهرت جمعيات الطب النفسى فى مختلف أنحاء العالم وجمعيات الصحة النفسية، وجمعيات الدراسات النفسية... إلخ .

وتطور تاريخ العلاج النفسى فى مصر لتصبح من أكثر الدول تقدماً فى هذا المضمار خاصة بعد أن تفهم المسئولون دور الأخصائى النفسى فى تعديل أنماط السلوك، وحددوا له أدواراً فتحت له مجالات العمل وتأكيد الذات .

المحكات الفارقة بين السلوك السوى والسلوك المضطرب

من البديهات الأولى التى يسلم بها العلماء أننا لكى نشخص ونميز المرض النفسى لابد أولاً أن نبدأ بوضع معايير لما هو السلوك المرضى ؟

فماالذى نعنيه بشاذ أو غير سوى:

فى حالة المرض الفيزيقى يكون المعيار الذى يميز بين الصحه والمرض هو معيار التكامل الوظيفى والبنائى للجسم، وهناك خطوط واضحه فى علوم الطب الفيزيقى لتحديد هذا التكامل الذى يشعر المريض باختلاله وكذلك الطبيب وتحدده أجهزه طبيه متقدمه، وبالرغم من ذلك نستطيع التأكيد أنه مازال هناك تداخلاً بين مجالى الصحة والمرض والخط الفاصل بينهما فى الأمراض الفيزيقية خطأ يتذبذب فى مدى واسع ، فكم من شخص يحيا حياته العادية وبه أمراض فيزيقية يلزم زملاء له أخرون المستشفى من أجلها ، كما أن التشخيص لم يزل غير قاطع فى كثير من الأمراض وكذلك العلاج، غير أن الوضع فى الأمراض النفسية أكثر غموضاً ومازالت مشكلة تمييز السلوك الشاذ عن السوى تفرض نفسها على كل مشتغل بهذا العلم غير أن الباحثين قد وضعوا بعض المحكات لتمييز السلوك السوى من السلوك المرضى، ومن هذه المحكات :

١ - المحك ذو المعيار الإحصائى - ويعتمد على المنحنى الإعتدالى:

بمعنى الانحراف عن الغالبية المتوسطة - ومن هنا فالعبقرى يكون شاذاً والمسيحى فى مجتمع مسلم شاذاً والمسلم فى مجتمع مسيحى شاذاً، بل أن الشخص الشريف فى مجتمع غير شريف يكون شاذاً .

ومن الواضح أن هذا المعيار لايميز بين السوى والمريض ولايعرف هذا السلوك المرضى فما هو عادى اليوم قد يصبح شاذاً غداً وماهو شاذ اليوم قد يصبح شائعاً وعادياً كما أن أصحاب كمال الأجسام والباحثين تمثل شذوذاً إحصائياً وامتيازاً عن جماعة الأغلبية العادية. فهل هم مرضى؟ بالطبع لانستطيع الأخذ بهذا المعيار.

٢ - تكامل الشخصية :

يشير هذا المحك إلى الشخصية ككل ومدى توافق الشخصية فى عملها ومع نفسها وتوافقها مع البيئة، ومن الناحية النفسية يحدد تكامل الشخصية فى نطاق تآزر الفكر والشعور والأداء، وفى التحرر من الصراع الداخلى العنيف، والانفتاح على الخبرات الجديدة أى عدم التطرف فى التصلب، والقدرة على التوافق مع البيئة، ومن هنا فكثيراً مايستخدم النظر المتكامل مرادفاً للنظر المتوافق. فقد يكون الإنسان متوافقاً مع بيئته وطلباته مشبعة إلا أنه غير متكامل، فالراشد غير الناضج وغير المتكامل جيداً ربما يتوافق مع بيئته وأهم متغيراتها والديه اللذان يحبانه ويتقبلانه كما هو. فمحك تكامل الشخصية محك غير كاف خاصة وأنه من الصعب أن نحدد أى مستوى من التكامل يكون أفضل صور السلوك البشرى السوى، كما أن هذا المصطلح يهمل عملية تحقيق الذات والبحث عن مستوى أفضل عن مجرد التوافق مع البيئة .

٣ - النمو والنضج الشخصى:

ويقصد به ارتقاء الشخصية خلال العمر الزمنى مع ملاحظة المتغيرات التى تطرأ عليها فى هذه المراحل وظهور أو اختفاء أنماط سلوكية معينة .

وهو أهم المعايير التى يؤكد عليها علماء النفس... وفى الحقيقة فإننا إذا تمعنا فيه نجده يشتمل على المعيار الإحصائى من حيث أنماط السلوك

الشائعة فى كل مرحلة عمرية وشذوذ أنماط أخرى قد تظهر فى هذه المرحلة غير مناسبة تمثل اضطرابات السلوك كظهور العادة السرية عند أقل من السابعة وسلوك شاذ بالنسبة لمظاهر السلوك الشائعة والمفروض أن تظهر فى هذه المرحلة، ومثل مص الإبهام عند طفل العاشرة، كما يشتمل على معيار تكامل الشخصية من حيث تكامل الأجهزة النفسية وظيفياً وبنائياً .

ويعتبر سلوك الشخص ناضجاً حينما يماثل أو يقترب من الأنماط السلوكية المتفق على أنها تمثل سلوك الأفراد الذين فى عمره الزمنى لهذا الشخص أو فى عمره العقلى وجنسه، كما يعتبر هذا السلوك ناضجاً حينما يساهم فى نموه العقلى وتحقيق ذاته، وإذا مابقيت هذه الأنماط السلوكية فى عمر زمنى لاحق فإنها تمثل مرضاً وشذوذاً مثل التبول اللارادى عند طفل الثانية لو بقى عند طفل العاشرة يعتبر مرضاً وشذوذاً .

ومع وضوح وجودة هذا المعيار، إلا أنه لايمثل معياراً حاسماً لتقييم السلوك السوى والسلوك الشاذ، فعلينا أن نحدد بكل دقة ماهو السلوك الدال على النضج وعلى تحقيق الذات. ونحن حينما نحاول تحديد خصائص النمو نفترض شخصاً معيارياً له خصائص سلوكية وهى بالتالى معيارية، مع أن جميع الأفراد الموجودين فى عمر زمنى متقارب لايمكن أن يكون لديهم نفس الخصائص السلوكية التى تحدد السلوك العام لهذه المرحلة إلا أن ذلك لايعنى إنكار وجود خصائص سلوكية عامة مشتركة والتى قد تخضع ولو مؤقتاً لبعض التغيرات تحت ظروف معينة فأحياناً نجد الراشد الناضج تحت ظروف معينة أكثر إعتماداً على الآخرين ولانستطيع اتخاذ قرار.. بينما مجرد تغير هذه الشروط اللازمة لهذا السلوك يعود إلى سلوكه الناضج. ومن هنا فمن الأفضل استخدام كل المعايير السابقة مع بعض التحفظات التى نضعها فى ضوء معرفتنا بالسلوك المرضى والسوى كما يأتى، وفى ضوء معرفتنا بالصحة النفسية .

الفصل الثانى

أسباب الأمراض النفسية

الشروط المسئولة عن تشكيل السلوك المرضى

أولاً - الدافعية

هناك مقولة أشبه بالمسلمة ترى أن أى إستجابة تصدر عن إنسان ورائها دافع معين، بمعنى أن الدافع هو معدل تغير فى الطاقة الداخلية للفرد الذى يحدث قدراً من اضطراب التوازن النفسى أو الجسمى وبالتالى يدفع الإنسان إلى سلوك معين يحصل به على هدف يشبع هذا الدافع ويعيد التوازن إلى صاحبه، وتتضمن دراسات أو ملاحظات فرويد أن جميع أنماط السلوك الشعورية واللاشعورية وراءها دوافع حتى الهفوات المختلفة .

كما تأكد ضرورة وجود دوافع لحدوث ممارسة وسلوك فى تجارب بافلوف وثورنديك وسكنر وغيرهم، ويبدأ الدافع أساساً من الشعور بالحاجة وماينتج عن ذلك من توتر وشعور بعدم التوازن .

وكل وظائف الجسم الخاصة بالهضم والدورة الدموية والتنفسية تعمل بهدف الحصول على التوازن الفسيولوجى وتكامل الجسم، ونحن نلاحظ أنواعاً معينة من الوظائف الجسمية ومن السلوك تهدف إلى المحافظة على حياة الفرد والنوع ولكى يطور طاقاته إلى مستوى أفضل وينمو كإنسان اجتماعى، وفى ضوء ذلك يمكن تفهم المقصود بالتوافق وسوء التوافق والمرض والعلاج. وبالطبع فكل الوظائف التى لاتهدف إلى تحقيق ميولنا نحو وحدتنا أو توحيد شخصيتنا ككل متكامل يكون لها من أعراض مرضية، ولايكون العلاج الطبى أو النفسى مجدياً إذا لم يستطع توجيه هذه الوظائف إلى إشباع ميولنا نحو التكامل والتوافق، ومن الحاجات الأساسية التى علي الشخص أن يواجهها لكى يحقق ذاته وتكامله مايلى:

١ - حاجات عضوية :

وتشتمل على الحاجات التالية :

أ - حاجات حشوية :

كالحاجة للطعام، والماء، والأكسجين وترتبط ببقاء - النوع والشروط اللازمة للحياة .

ب - السلامة :

تحاشى الأخطار المختلفة التى تؤثر على سلامة الجسم .

جـ - الجنس :

وهى حاجة ضرورية لبقاء النوع وهامة لإشباع دوافع .

د - حاجات حركية وحسية :

خاصة بالإثارة الحسية والنشاط الحركى لكى تساعد على نمو جهازنا الحسى. وبالنسبة للحاجات الحركية والجسمية فقد اتضح من تجارب عديدة أهمية الحاجات الحسية والحركية، وقد صممت عدة تجارب بحيث تحرم الشخص من حس معين لمدة زمنية معينة ونرى مايحدث له، وقد تأكد أن ذلك يحدث تفككاً فى تكامل الشخصية بل قد يحدث أمراضاً عقلية ونفسية، ومن الذين أجروا مثل هذه التجارب يمكن الرجوع إلي دكتور أحمد عكاشة فى كتابه - الطب النفسى المعاصر أو علم النفس الفسيولوجى ١٩٨٠ .

وقد اتضح فى بعض الحالات ظهور بعض الهلوسات، كما يستخدم الحرمان الحسى فى عمليات غسيل المخ... إلخ .

والعكس كذلك يؤدي إلى نفس النتائج، فقد قام «كولمان» بتجربة اتضح منها أن المعلومات الكثيرة والزائدة تحدث تفككاً وتدهوراً فى الشخصية، وهكذا اتضح أهمية المستوى الأمثل وغير المتجانس من الإثارة الذى يتغير بمرور الوقت مع الفرد، ومن هنا فلابد من إشباع مايسمى

بالرغبة فى الإدراك - ويعتبرها البعض أحد الميول الأساسية عند الفرد خاصة الكائن البشرى - حيث أن تأثير الحرمان الحسى على الإنسان أكثر خطورة من تأثيره على الحيوان فعندما تحرم حيوان من الحس أياً كان هذا الحس خاصة بعد ميلاده مباشرة ثم بعد ميلاده بفترة نعيد حسه له مرة أخرى لانجد فرقاً كبيراً بين حسه وحس حيوان آخر مثله لم يحرم حسياً .

بينما وجد أن الذين ولدوا عمياناً ثم أعيد لهم بصرهم كان من الصعب مجرد تعليمهم التمييز بصرياً بين شكلين بسيطين كالمربع والمثلث وأخيراً تعلموا التمييز بينهما بعد أضلع كل منهما .

٢ - حاجات نفسية :

يواجه الفرد بعض المتطلبات النفسية التى تتأثر إلى حد كبير بالتعلم وبالعمليات الاجتماعية أكثر مما تتأثر بالحاجات البيولوچية - وتختلف هذه الحاجات باختلاف النظام التعليمى والاجتماعى والثقافة، فالقيادة مثلاً من الحاجات الهامة التى يبحث عنها الكثيرون، بينما نجد آخرين يهربون منها مثل قبائل الأراميسين كما ذكرت «مارجريت ميد» سنة ١٩٤٩. وبالرغم من اختلاف الحاجات النفسية باختلاف المجتمعات ،إلا أنها تلعب دوراً هاماً فى الدافعية الإنسانية فى أى مجتمع أو ثقافة، والفشل أو عدم القدرة على تحقيقها يحدث تفككاً فى الشخصية وسوء التوافق، وعامة توجد حاجات نفسية عامة فى أى مجتمع منها :

أ - الحاجات إلى النظام والمعنى :

فى أى مجتمع يناضل الإنسان للحصول على صورة ذات معنى للمجتمع الذى يعيش فيه ولنفسه وسط هذا المجتمع وفى علاقاته مع هذا المجتمع، وهنا يكتسب إطاراً مرجعياً يستطيع على ضوئه تقييم الخبرات الجديدة ويتنبأ بنتائج أفعاله المختلفة، فالكائن البشرى لايحب الغموض أو

الأشياء الناقصة أو الحوادث التى تبدو بعيدة عن متناول فهمهم وقدراتهم التى تضعهم تحت رحمة قوى غريبة. من هنا حاول الإنسان حتى فى أشد العصور بداوة تفسير الظواهر التى بدت غريبة على عقله كالمطر والرعد، وليس المهم إذا كانت هذه التفسيرات صادقة أو غير صادقة - وإنما المهم إضفاء معنى على مواقف غامضة. ومن هنا نقول بأننا حينما نواجه معلومة أو خبرة تتعارض مع توقعاتنا هنا نشعر بتفكك معرفى. ويرى «فستنجر» أنه من الممكن استخدام التفكك المعرفى هذا فى تغيير اتجاهات الأفراد من النقيض إلى النقيض وإلا نظل نشعر بشئ من الضيق ويظل هذا الشعور ملازمنا حتى ندرك الفرق بين توقعاتنا وهذه الخبرة الجديدة أو نقنع أنفسنا أنه ليس هناك اختلاف بينهما. ولنا فى مثال العصاب التجريبى عند كلب بافلوف عندما وقع فى موقف غامض لم يستطيع أن يميز فيه بين شكلين، وفى عمليات الإغلاق وجميع دراسات الجشطالت خاصة عند أرنهايم Artheim فى كتابه العظيم عن الفن والإدراك البصرى .

ب - الكفاءة والفهم :

حينما نرى قدراتنا التكيفية غير كافية للتكيف مع موقف مشكل فإننا نصبح مرتبكين وغير متكاملين، وقد رأينا كيف يحدث عصاب تجريبى لكلب لم يستطيع استخدام كفاءته فى التكيف مع موقف غامض ولكى يشعر الإنسان بما يسمى بالكفاية النفسية يجب عليه أن يحصل على فروض إجرائية عن عالمه. وأن ينمى قدراته الفيزيقية والعقلية والوجدانية والاجتماعية التى يحتاجها للتعامل مع المواقف التى يواجهها فى حياته، وقد أشار «ماسلو» إلى أن الدافعية إلي الفهم تعنى أن كفاءتنا وقدراتنا حقيقة بديهية نجدها فى حياة الطفولة المبكرة فى سلوك البحث واللعب،

ونحن نجد أن الطفل يميل إلى أن يكون محباً للاستطلاع ويميل إلى فحص وتناول كل شئ يصل إليه، وأهمية اختبار الواقع هذه تساعد الطفل على اللعب والاستنتاج .

جـ - الأمـــان :

تنمو هذه الحاجة إلى الأمان مرتبطة بالحاجة إلى الكفاءة، فالطفل سرعان مايدرك أن الفشل فى إشباع حاجاته السيكولوجية والنفسية يؤدى إلى نتائج سيئة للغاية من حيث شعوره بالأمان وتنعكس هذه الحاجة على التفضيل العام للمهن وفى الشرعية الاجتماعية، وفى تأكيد المجتمع على النظام والقانون، والشعور بعدم الأمن يسبب أثاراً مختلفة على السلوك مثل عدم قدرة الإنسان على المشاركة الإيجابية فى نمو مجتمعه .

د - التقبل الاجتماعى:

ويشمل الشعور بالانتماء، فالطفل يشعر فى طفولته المبكرة أن حياته متوقفة على مساعدة الآخرين وتقبلهم له، ويبدأ يتعلم أنه حينما يسلك بطريقة مقبولة اجتماعياً فإنه يكافأ وإذا كان سلوكه غير مقبول اجتماعياً فإنه يعاقب: والأسرة هى مجتمع الطفل الأول، ثم ينمو ليصبح المجتمع الكبير من هنا يجاهد لكى يصبح عضواً مقبولاً فى الجماعات التى ينتمى إليها .

هـ - تقدير وتقبل الذات :

وترتبط بالحاجات السابقة، وفيها نشعر أننا جديرون بثقة الآخرين فينا ، ومن الصعب مساعدة الفرد على تقبل ذاته بدون التحقق من تقبل الجماعة للفرد.

و - الحب والعطف :

وهذه الحاجة هامة بالنسبة للصحة النفسية: وفى دراسة أجرها كولمان على ١٥٨ طفلاً مرتفعين على مستوى التوافق استخلص عاملاً عاماً يمثل الإشباع المعقول لحاجة الطفل لأن يحب ويحب ونحن نشتاق دائماً إلى أن نحب ونحب، وجميعنا يعرف إلى أى مدى تكون خبرة فقدان شخص نحبه ويحبنا خبرة مؤلمة، وكثيراً منا يواجه حاجاته للحب والحنان فى علاقات الزواج والأسرة والأصدقاء .

والأطفال الذين يعيشون فى بيئة أسرة ليس فيها دفئاً ولاحناناً، غالباً يواجهون فيما بعد صعوبات فى إعطاء أو تقبل الحب من الآخرين، ويميلون غالباً إلى الأنانية والوحدة والشعور بالإحباط .

ز - الثقة فى الذات وتنميتها :

وتتضمن هذه الحاجة مايسمى بالحاجة إلى الإنجاز، وهى من أهم الحاجات التى تسيطر على نظرية الدافعية ويجاهد الإنسان لكى ينمو ويبرهن على أنه أصبح أكثر قدرة على تحقيق إمكاناته وتحقيق ذاته ككائن بشرى، وكما يرى هكلى ١٩٥٣ فإن حياة الإنسان هى نضال ضد الإحباط والجهل والمعاناة والشر كما أنه نضال من أجل شئ آخر، وهذه الحاجة تأخذ صوراً مختلفة ضد أناس مختلفين، وتعتمد على قدراتهم وقيمهم ومواقف الحياة ومنها البحث عن وضع أفضل للشخص وأن يحصل على زوجة فاضلة أو مركزاً مرموقاً أو أى نشاط آخر يساعد على تحقيق الذات ونمو الشخص وأن يضفى معنى على وجوده .

وكما يرى روجر ١٩٥٨ أن كل شخص يسأل نفسه من أكون وكيف أكون على صلة بذاتى الواقعية والمسئولية عن سلوكى الظاهر كيف أكون نفسى وليس غيرى .

تنشيط الدافعية أو الطاقة

يقوم الكائن بتخزين الطاقة ثم إطلاقها فى صور شتى لمواجهة احتياجاته وإشباعها ، ويصبح هذا النشاط محكاً بواسطة ميكانيزم معقد من الميكانيزمات تشترك فيه أجهزة مختلفة من الجسم بدرجات متفاوته وتمتد إلى الميكانيزمات التى تحقق التوازن من مجرد ميكانيزمات دافعية ضد الأمراض التى تصيب الجسم إلى دوافع بيولوجية ووجدانية، وإذا لم تستطع الميكانيزمات تحقيق التوازن يحدث المرض أو الاضطرابات السلوكية، وعامة هذه الميكانيزمات تتضمن :

ا - دوافع بيولوچية :

حينما لاتشبع يحدث اختلال التوازن وارتفاع مستوى التوتر مع تغيرات داخلية تؤدى لتحريك الطاقة ونشاط البحث عن الهدف، فمثلاً حينما يحرم الكائن الحى من الماء لمدة زمنية معينة - هنا يحدث عدم توازن فسيولوچى بالجسم وشعور بالعطش يدفع إلى إجراء أو سلوك معين للحصول على الماء، ومن أعراض العطش الشعور بجفاف أنسجة الفم والحنجرة وتغيير فى نسبة تركيز الأملاح فى مجرى الدم مما يؤدى إلى تحريك طاقة خلال نشاط عصبى مباشر على مراكز عصبية خاصة، مثل هذه التغيرات تدفع الكائن إلى عمل ما نحو إشباع الحاجة واستعادة التوازن .

وإذا لم تشبع الدوافع يرتفع مستوى التوتر ويحدث الصراع والاضطرابات السلوكية أو المرض الفيزيقى أو النفسى. ويرى كثير من علماء النفس مثل « ماسلو » أنه لابد من إشباع حد أدنى من الدوافع البيولوچية حتى يمكن إشباع الدوافع الثانوية أو الوجدانية .

٢ - **الوجدانيات :**

تعتمد الوجدانيات على الدلالة التى يدركها الفرد للمثير، وتعمل الوجدانيات فى مواقف الانعصاب حيث لاتكون ردود الأفعال العادية ملائمة أو كافية، ومن هذه الوجدانات - الخوف - الغضب - القلق - وهى تخدم كلاً من الحاجات البيولوجية والنفسية، فالخوف يعمل على حماية الأروجانيزم الذى يؤدى به إلى الانسحاب من المواقف الخطرة، كما أن الخوف من الموت أو المرض مثلاً يدعم دافع الجوع، والغضب يحث الكراهية ضد العوائق أمام إشباع الحاجات ويؤديان إلى مهاجمة تلك العوائق أمام إشباع الحاجات اتجاهات وإزالتها .

ويعتبر القلق من بين الوجدانات الدافعة للسلوك وهو ذات أهمية خاصة، وهو يظهر حينما يحدث أى تهديد لتوازن الجسم أو النفس، ويشار إلى القلق دائماً بأنه ألم نفسى.

وهناك كثير من الوجدانات يختلف مستوى قدرتها على الدفع تبعاً لاختلافها واختلاف الشروط التى تحدث فيها، فالحب تحت الشروط العادية له أثر قليل على مستوى النشاط لكنه يؤثر فى اتجاه النشاط، إلى حد كبير، وبالطبع إلا إذا كان موضوع الحب فى خطر فإن لاحب يرفع من مستوى النشاط .

٣ - **الألم والسرور :**

يحاول الإنسان العادى أن يتحاشى الألم النفسى والجسمى ويميل إلى البحث عن مثيرات حسية أفضل، وباستخدام العقاقير المهدئة تنخفض أنواع القلق المؤلمة أحياناً فى حياتنا مما يؤكد ميل الإنسان إلى تحاشى الألم والبحث عن السرور، وحينما يمكن استخدام بعض التكنيكات الجراحية

إثارة مناطق معينة فى مخ الفيران تثير إحساساً بالألم ومناطق أخرى تثير إحساساً بالسرور .

٤ - التوتر:

تحريك الطاقة والدافعية نتيجة أى اضطرابات فى توازن الجسم يشعرنا بمقدار من التوتر وإذا وجد عائق يمنعنا من الاستجابة المشبعة والمخفضة لهذا التوتر فإن التوتر الذى نشعر به يزداد ، وتتلائم درجة التوتر ونتائجها غير السارة مع درجة النشاط، وفى أى حادث نجد أن التوتر يمثل مثيراً يسبب عملاً ما وأن مصاحباته من عدم السرور والألم يمكن إزالتها بأنماط معينة من السلوك - أى أن التوتر إذن يعمل كقوة دافعة للسلوك، كما أن التوتر غالباً مايرتبط بتغيرات فى الأجهزة العصبية والفكرية والعضلية مما يؤكد دوره كقوة دافعة للسلوك .

مستوى النشاط والدافعية :

يرتبط مستوى نشاطنا وتوترنا بمستوى الدافعية والعوائق الموضوعة فى سبيل وصولنا إلى الهدف ، ومن هنا فإن مستوى نشاطنا يتأثر بمتغيرات داخلية وخارجية مثل دورات النشاط (كالنوم - الأكل - العقاقير - الحوافز - الأفكار) وكلما كنا مستغرقين فى الموقف أو كلما أدركنا بأن الموقف أكثر ارتباطاً بأهدافنا أو اشباعاتنا المختلفة كلما كان هذا الموقف أقدر على إثارة مستوى نشاطنا ، فالشخص الذى يستغرقه هدف معين كأن يصبح فى مركز ما - فإن هذا الموقف يكون أكثر المواقف التى تستطيع رفع مستوى نشاطه لتحقيق هذا الهدف وليضحى بأهداف ثانوية أخرى .

كذلك المواقف الخطرة ترفع من مستوى نشاطنا غالباً فى اتجاه يهدف إلى تجنب الخطر كما يتأثر مستوى النشاط بشروط فسيولوجية - كما فى عمليات الأيض ومثل التعب - والإيقاع الشخصى- ويتأثر بمستوى وطبيعة حساسية الفرد وسرعة انتباهه من إثارة سابقة .

والسلوك المرضى يصطحب غالباً بدرجات غير ملائمة من النشاط - وبتموجات متطرفة من النشاط - وببطء الانتهاء من إثارة نشاط سابق .

الكف والتيسير الاجتماعى للدوافع :

كثيراً ماتحدث زيادة فى نشاط الكائن الحى أو سلوكه الموجه نحو هدف معين نتيجة لحوافز بيئية اجتماعية أكثر مما يرجع إلى الحرمان من حاجة واقعية، فرائحة الطعام قد تدفع إنساناً إلى الأكل حتى لو لم يكن جائعاً، وفستاناً جميلاً بثمن مغر وطريقة عرض رائعة قد يدفع سيده شرائه حتى لم تكن بحاجة إليه كما قد يقدم إنسان ما على سلوك جنسى لأن الفرصة مواتيه لاالحرمان منه .

فالشخص دائماً يتناول ويقيم بيئته بالنسبة لإمكانية الحصول على اللأهداف - المرغوبة كذلك بالنسبة للأفكار والتهديدات الموجودة. ومن المعروف أن المجتمع يمارس نوعان من الضغط على الكيفية التى يتبعها أعضاؤه فى إشباع دوافعهم بواسطة نظمه وقيمه ووسائل عقابه ومكافأته - وبذلك يستطيع أن ييسر دوافع ويكف دوافع أخرى، فكثير من المجتمعات مثلاً تضع الدوافع الجنسية تحت تنظيمات صارمة وضوابط اجتماعية عديدة غالباً ماتساعد على كبت هذه الرغبات .

بينما نجد الوضع بالعكس بالنسبة لحاجات أخرى مثل الحاجة إلى التقبل الاجتماعى حيث نجد أن المجتمعات تشجعها .

هذه الضوابط ومنها العقاب الاجتماعى تؤثر فى الأهداف التى نبحث عنها لإشباع حاجاتنا والوسائل التى نستخدمها لهذا الإشباع، وبالطبع تختلف من مجتمع لآخر، غير أن هناك مبادئ عامة في جميع المجتمعات ولعل من أهمها أن أى فرد غير مقبول اجتماعياً يمكن اعتباره مريضاً أو شاذاً .

والمجتمع أيضاً كالفرد يريد أن يحقق ذاته ويحافظ عليها بوسائل عديدة كالقيم والقوانين والعادات... إلخ. وحينما يحدث خلل فيها يحدث مايسمى بالثورة أو نجد الأفراد يجاهدون لإعادة التوازن للمجتمع، وتشكل حاجات المجتمع محددات أساسية على سلوك الأفراد. وأحياناً نجد بعض حاجات المجتمع تتغلب على كل حاجات الفرد كما فى التضحية والشهادة.

الدافعية والسلوك :

تتضمن عملية إشباع دوافعنا والحصول على حاجاتنا ثلاث عناصر هى:

١ - الحرمان من الحاجة .

٢ - اختيار هدف أو وسلية للحصول على الحاجة أو الهدف .

٣ - سلوك نحو الهدف يؤدى فى حالة نجاحه إلى إشباع الدافع وفى حالة الفشل يؤدى إلى زيادة التوتر واضطرابات سلوكية .

وأحياناً يخاطر الإنسان ببعض حاجاته ودوافعه لإشباع حاجات أخرى يعتقد أنها أكثر سمواً وأهمية كالعالم - الفنان - الفيلسوف مثلاً .

تفاعل الحاجات :

سلوك الإنسان لايخضع لدافع واحد بل هو محصلة صراع بين مجموعة من الدوافع والحاجات ربما تكون متناقضة مما تضطر الإنسان إلى التضحية ببعض الدوافع والحاجات وبعضها قد يكون هاماً مما يدفعنا إلى التعويض أو الإبدال .

الأوجه الشعورية واللاشعورية للدافع :

كثير من الحاجات الفسيولوچية أقرب إلى الدوافع اللاشعورية، مثل حاجتنا إلى الهواء والأكسجين ويزداد شعورنا بها كلما زاد حرماننا منها مما يجعل الشعور واللاشعور يكونان لامجرد فئتين لدوافع وإنما متصل أحد طرفاه أقصى درجات الوعى والإراده والشعور - والطرف الآخر أقصى درجاته التلقائية واللاإرادية واللاشعورية، فنحن قد ننتمى إلى نادى معين أو نبتعد عنه أو نتزوج لأسباب لانكون على وعى بها ، وبالطبع ربما نبحث عن أسباب وراء مثل هذا السلوك إلا أنها ربما لاتكون هى الأسباب الحقيقية ومستوى وعينا بهذه الأسباب الحقيقية يختلف من فرد إلى آخر غير أن الشخص المريض عادة يكون على وعى بهذه الأسباب فهو يجد نفسه يأتى أفعالاً ربما لايدرى حقيقة دوافعها إلا أنه يبحث عن تبرير لها ربما كان هذا التبرير خاطئاً. وفى أحد الجلسات التى يذكرها «أريكسون» لنا أوحى إلى شخص تم تنويمه أن التدخين عادة سيئة جداً وأنه يحبه ويكرهه - وأنه يريد أن يتغلب على هذه العادة ولكنه يشعر أن العادة قوية بحيث لايستطيع ذلك، وفى الوقت الذى يكون فيه غير راغب على الإطلاق فى أن يدخن، يجد نفسه خضوعاً للعادة مجبراً على أن يدخن، وأنه بعد أن يستيقظ سيجرب كل هذه الأنواع من الإحساسات.

بعد أن استيقظ المفحوص أخذ يناقش الباحث الذى قدم له سيجارة فأبعدها المفحوص قائلاً أنه يفضل نوعاً آخر من السجائر - وأخذ يبحث عن علبة السجاير وأخيراً وجدها فى مكانها المعتاد ثم بدأ يبحث عن الكبريت وفشل فى أن يجده وأثناء بحثه عن الكبريت وضع علبة السجائر فى جيبه وأخذ يبحث عن الكبريت بيديه إلى أن وجده، ووضع الكبريت تلقائياً فى جيبه مرة أخرى وبدأ يبحث مرة أخرى عن السجائر.. وتكرر ذلك عدة مرات وأخيراً وجد السجائر والكبريت، ثم بدأ يضع السيجارة فى فمه وأشعل الكبريت وهنا استغرقه مناقشة مع الباحث... والكبريت مشتعل فى يده حتى أحرق أصابعه بدون أن يشعل السيجارة ثم ألقاه بعيداً بشئ من الضيق، واستمر تكرار هذا السلوك الذى انتهى أخيراً بإشعال السيجاره ثم سرعان ماقذف بها بعيداً .

هذه الأنماط السلوكية المتضاربه وراءها دوافع لاشعورية وليست مجرد استجابات عشوائية وكما سبق أن أشرنا فإن ٧٥٪ من السلوك الظاهر وراءه فى نظر المدرسة التحليلية دوافع لاشعورية وكثيراً من تلك الدوافع التى نفترضها وراء كثير من أنماط سلوكنا هو فى نظر التحليليين مجرد عمليات تبرير .

ثانياً: الإجهاد النفسى

من عرضنا السابق للدافعية اتضح أن إشباع الدوافع عملية معقدة، وأنه أثناء إشباع بعض الدوافع تواجهنا عوائق قد تحول دون إشباع تلك الدوافع مما يرفع من مستوى توترنا وعدم توازننا ويؤثر بالتالى على مستوى توافقنا مع البيئة ومع أنفسنا. وكلما زاد الحرمان من حاجة معينة نتيجة لعدم إشباع الدافع المتصل بها كان هذا موقفاً ضاغطاً علينا يتطلب منا مزيداً من الجهد وتغيراً فى نشاط الكائن الموجه للهدف إذا كان على الكائن

أن يتوافق مع هذه المتغيرات ويحقق أو يشبع تلك الحاجة ويعيد بالتالي التوازن وانخفاض التوتر والقلق. أو قد يحيد بنا لإشباع دوافع بديلة وهى ليست بالبساطة التى تجعلها ممكنة فى كل موقف مماثل .

وقد يحدث كبت لهذا الدافع هروباً من مواقف الصراع بين قوى ضاغطة وقويه متعارضه داخلية وخارجيه تمثل عوائق تمنع الإشباع، وحينما تكون تلك الضغوط قوية وصارمة فقد تحدث الاحباط والكبت إذ قد تسبب تدهوراً فى تكاملنا الوظيفى .

مستويات الإجهاد والشدة :

تظهر هذه المستويات على أساس بيولوجى كما يحدث عندما تهاجم مجموعة من البكتريا الضارة أو الفيروسات جسم الإنسان مما يجعله فى حالة إجهاد وتثير لديه حاجة أساسية إلى إعادة التوازن والتكيف والدفاع بيولوجياً عن نفسه لدرء الخطر. وعلى المستوى النفسى نجد مستوى آخر للإجهاد كما فى حالة الشعور بالذنب والضغوط النفسية التى تجتاح الإنسان مما يجعل الفرد فى حالة دفاع عن الأنا ضد هذا الشعور بالذنب وضد هذه الضغوط لإعادة التكيف للنفس .

ويمكن تصنيف المواقف الناتجة عن الإجهاد النفسى إلى - الإحباط - الصراع - الضغوط المختلفة .

١ - الاحباط :

ينتج الشعور بالإحباط حينما تعوق عقبات معينه إشباع بعض دوافعنا ووصولنا إلى الهدف، أو نتيجة لعدم وضوح الهدف وغموضه كما فى تجربة بافلوف على العصاب التجريبى على الكلب .

وأمثلة العوائق التى تسبب الاحباط الناتج عن الإجهاد والشدة كثيرة منها مثلاً الوالدان الصارمان بالنسبة لفتاتهما المراهقة حينما يفرضان عليها قيوداً صارمة ومطرفة كما فى حالة حرمانها من الذهاب إلى حفل المدرسة أو من النظر من النافذة، فهنا يكونان بالنسبة لها مصدر للإحباط، ونقص الماء مثلاً أو غموض السبيل الموصل إليه قد يكون مصدراً للإحباط بالنسبة لرجال فى الصحراء وبالطبع فإن مصادر الاحباط تتنوع فى شدتها وقد تكون داخلية أو خارجية .

أ - الاحباطات الخارجية :

من مصادر الاحباطات - العواصف - كوارث الطبيعة - موت الأحبه - كل ذلك يمثل مصادر إحباط فيزيقى .

التنظيمات الاجتماعية الصارمه التى يفرضها المجتمع على سلوكنا ، وصور العقاب التى يفرضها علينا حينما نخرق هذه التنظيمات أو القواعد تمثل إحباطاً اجتماعية .

ومن هنا فلكى تشبع حاجاتنا بدون إحباطات جانبية علينا أن نختار أهدافاً مقبولة اجتماعياً وكذلك وسائل تحقيقها. والانحراف عن ذلك يسبب عدم تقبل اجتماعى وبالتالى صوراً عديدة من العقبات التى تمثل ألواناً متباينه من مصادر الاحباطات، وهناك تنظيمات اجتماعية قد تمثل مصادر إحباطات فى صور مختلفة مثل عملية التنافس الاجتماعى الشديد، التعصب العنصرى والجنسى خاصة مع غموض المواقف الاجتماعية.

ب - الاحباطات الداخلية :

مثل طبيعة بناء الجسم ومستوى ضعفه أو قوته - نقص الجاذبية فى الشكل - الفشل الناتج عن انخفاض قدراتنا، ومخاوفنا الشخصية، وخبراتنا الماضية وقدراتنا على تمثيلها، الضوابط الأخلاقية داخلنا، وديناميات الضمير.. إلخ .

٢ - الضغوط :

أ - الضغوط الخارجية :

كضغوط الوالدين على ابنهما للحصول على درجات مرتفعه وضغوط الزوجات على أزواجهم لزيادة دخولهم، كذلك قد يمارس الأطفال ضغوطاً على الوالدين باستغراق وقتهم وطلباتهم - التعليم - الزواج - المهنه.. إلخ كل ذلك يمثل ضغوطاً خارجية .

وعوامل الإجهاد كالإحباط والصراع والضغوط قد توجد كلها فى موقف واحد، فمثلاً فقدان رأس المال كاملاً لايحدث مجرد انخفاض فى مستوى معيشتهم فقط بل يجبر الفرد فيها على أن يواجه مشاكل عديدة مثل الصورة الجديدة لذاته ولوضعه. ومن الصعب جداً أن نعثر على موقف صراع بدون إحباط وبدون ضغوط أو ضغوط بدون صراع أو إحباط بدون صراع أو ضغوط .

وبالطبع يتوقف اثار هذا الموقف على شخصية الإنسان ومدى تقييمه لمصادر الاحباط والصراع والضغوط ومدى قدرته على تقبل الشده والإجهاد - فقد يمنع الإنسان نفسه من السلوك الجنسى لأنه يخشى من الفشل لخبره سابقه أو لقواعد أخلاقية صارمه بينما إذا ماقدم على ذلك يشعر بالذنب وكلنا نعمل أحياناً أشياء نأسف عليها فيما بعد وندين أنفسنا على فعلها- وقد نشعر باحتقار الذات بما يجعلنا نشعر بالحزن والضيق وإحباط حاجتنا إلى تقدير الذات .

ب - الضغوط الداخلية :

منها الذات المثالية ومستوى طموحنا ، فغالباً مانجاهد لكى نحيا عند مستويات عليا من الشجاعة والأخلاق والمسئولية الاجتماعية، وأن نجعل صورتنا عن أنفسنا تلائم مانتمناه عنها فكل هذا يمثل ضغوطاً داخلية تسبب الصراع .

٣ - الصراع:

عامة لايحدث الإحباط من مجرد عائق واحد بل من صراع بين حاجات أو أهداف لها قيمتها ، والتى يعنى إشباع احداها إحباطاً للآخر ، فالسلوك الجنسى غير المشروع قد يشبع حاجة إلا أنه يحبط تقديرنا لذاتنا والتقبل الاجتماعى .

والزواج المبكر قد يعنى الاستغناء عن الحصول على شهادة جامعية وإذا لم يستطيع الشخص الاختيار بين أحد الصراعين فربما يؤدى ذلك إلى المرض العقلى.

أ - صراع الاقتراب التحاشى:

حيث يكون هناك ميولاً قويه بالنسبة لتحاشى أو للاقتراب من نفس الهدف - فربما يرغب الشخص فى الزواج للإشباع الجنسى - الاجتماعى - الأمان - وفى نفس الوقت يريد الابعاد عنه خوفاً من السمئولية وفقدان الحرية الشخصية .

ب - صراع الاقتراب - المزدوج:

ويتضمن التنافس على هدفين مرغوبين أو أكثر مثل التفضل بين نوعين من الطعام، أو بين الولاء للأم أو الزوجة أو بين الاشباعات الحاضره والمستقبلية .

جـ - صراع التحاشى المزدوج :

كما فى حالة يكون على الفرد فيها أن يختار بين هدفين غير مرغوبين كما فى حالة الاختيار بين البطاله وبين مهنة غير مرغوبة، أو بين أن يتزوج شخصاً غير المرغوب فيه أو بين لايجد أحداً آخر .

وهكذا نجد أن الصراع يمثل مصدراً أساسياً للانعصاب أو الإجهاد ويؤدى بالتالى إلى الإحباط والتوتر .

الأسباب المباشرة للسلوك المرضى

أ - الأسباب البيولوچية :

فى وقت ما - كما سبق الإشارة - أرجع العلماء الاضطرابات العقلية كاملة إلى الوراثة، ذلك بالرغم من وجود بعض أمراض الفصام الوظيفى لم يعثر لها على أساس بيولوچى، وكذلك الاضطرابات العصابية، غير أن العلماء فى ذلك الوقت افترضوا لها أسباباً عضوية لم يعثر عليها حينذاك ورأوا أن تلك الأسباب ترجع معظمها إلى العوامل الجينية .

ومن المعروف مثلاً أن خلية الإنسان تتضمن ٢٣ زوجاً من الكروموزومات التى تحتوى على كل معلومات الوراثة حينما يحدث التلقيح كما سبق دراسته فى النمو النفسى وفى علم النفس الفسيولوجى نجد ٢٣ كروموزوماً من الأم تتزواج مع ٢٣ كروموزوماً من الأب مكونة أول خلية يتكون منها الجنين لها ٢٢ زوجاً من الكروموزومات والزوج الثالث والعشرين يحدد الجنس.. أى إذا كان الجنين ذكراً أم أنثى - أحياناً قد يحدث اضطرابات فى تكوين هذا الزوج الثالث والعشرين فقد يتكون من ثلاثة كروموزومات بدلاً من اثنين وهذا الشذوذ إذا حدث فى الذكور ينتج لنا

مايسمى بنمط الشخصية المغولى ، الذى يتميز بالعينين الغائرتين ووجه مسطح.. والتخلف العقلى، وهذا المرض يحدث غالباً فى الذكور حيث أن هذا الزوج عند الذكور يتكون من كروموزومين فإذا زاد كروموزوم ثالث كان هنا أو هنا يحدث عدم توازن بين الكروموزومات مما قد يكون سبباً وراء إحداث التخلف العقلى.. بينما عند الإناث فالزوج الثالث والعشرين يتكون دائماً من زوج متماثل من الكروموزومات ولايمكن أن يزيد كروموزوماً مغايراً حيث لايوجد التغاير إلا فى الذكور وهى لو حدثت زيادة كروموزوم فإنها بالتالى ستكون متماثلة وهذا لايحدث خلل حيث الثلاث كروموزومات متوازنة .

وقد اتضح أن تغير الجينات وتعددها أو الحصول عليها أو تغير المواد الداخله فى بناء الجينات يؤثر فى السلوك والذكاء، ويتفق علماء الجينات على أن هذه التغيرات غير محدده وانها قد تنتج أمراضاً وراثيه عديدة وضعفاً بنائياً كما تتضح أن الجينات الناتجة من تعرض البويضة المخصبة لإشعاعات معينة يمكن أن يسبب شذوذاً - وفى السنوات الحالية أصبحت الأشعة الذرية الناتجة من الأسلحة النووية مصادر كبرى لتغيرات الجينات، كما اتضح أن نقص بعض المواد الغذائية خاصة البروتين يؤثر على الجينات بطريقة تؤثر فيما بعد على الأمراض العقلية خاصة التخلف العقلى ومن المعروف أن نقص وزن الطفل عن ٥ أرطال يرتبط إلى حد كبير بالتخلف العقلى والطفل الذى يصل إلى حوالى ١٥٠٠ جم عند ميلاده يظل بقية حياته متخلفاً عقلياً - ومن هنا تبدو أهمية فترة الجنين فى تحديد الاضطرابات السلوكية والذكاء، غير أن بعض الآراء ترى أنه من الممكن خفض حدة التخلف العقلى لهذا الطفل بواسطة (الحضانة) بعد الميلاد مباشرة أو طريقة تغذيته بالتصاقه شبه الكامل بالأم

تاريخ العائلة ودراسة التوائم :

أجرى (كالمان) ١٩٥٣-١٩٥٨ سلسلة من الدراسات عن دور الوراثة والعوامل البيولوچية على المرض النفسى. وتتضح نتائج دراسته على مرض الشيزوفرينيا الجدول التالى :

درجة القرابـــــه	النسبة المئوية للذين أصيبوا بالشيزوفرينيا
١ - توائم متماثله	١ر٨٢٪
٢ - توائم أخوه (غير متماثله)	٥ر١٤٪
٣ - أخـــــــوه	٢ر١٤٪
٤ - أنصاف أخوه	١ر٧٪
٥ - المجتمع العام	٨٥ر٠٪

غير أن «جيمس كولمان» يأخذ على دراسات «كالمان» أنها لم تضع فى اعتبارها الشروط البيئية - حيث أثبت «ناكسون» سنة ١٩٦٠ أن المرض الفيزيقى والنفسى ربما ينتشر فى العائله بدون سبب وراثى .

وهناك دراسات سنة ١٩٤١ اتضح منها أن الاضطرابات العقلية تظهر فقط فى واحد من كل خمسة أزواج من التوائم المتماثلة. وقد أدى هذا الوضع بكثير من علماء الجينات إلى القول بالاستعداد الوراثى، والذى يعنى أن الجينات أو الصبغيات تسبب اضطرابات فى بعض النظم الكيميائية فى جسم الكائن الحى والذى يؤدى بدوره إلى إضعاف قدرة الفرد على مقاومة الاضطرابات العقلية والجسمية - وهكذا نجد أن بعض الأفـ د اكثر قابلية للمرض العقلى تحت شروط أو فى مواقف الاجهاد

المختلفة، بينما قد لايظهر أثر لهذه الفرسة عند هؤلاء في مواقف الحياة العادية والملائمة

طبيعة التكوين الجسمي:

ويندرج هذا العامل تحت المؤثرات الجسمية البيولوجية للمرض النفسي. ونعني بطبيعة التكوين الجسمي البناء البيولوجي للشخص ومايتضمنه من نمط فيزيقي، جنسي. مراجي، وفصائل الدم وبالطبع فإن كثيراً من سمات هذا البناء تتغير خلال دورات نمو الإنسان ؟

ومن أهم هذه التصنيفات المعاصرة الذي تربط بين البناء الجسمي والمرض النفسي تصنيفك «شيلدون» حيث يرى أنه يمكن تصنيف الناس إلى ثلاثة أنماط جسمية. ويرى «شلدون» أن النمط الجسمي للشخص يرجع إلى الوراثة ووظائف وأنماط خبرات البيئه، ومهما كان رأى العلم فإنه من الصعب أن ننكر أثر البناء الجسمي على قابلية الفرد للمرض.

ويمكن تلخيص نظرية شيلدون في الجدول التالي حيث يقسمه إلى ثلاثة أعمدة العمود الأول على اليمين يمثل النمط الجسمي البدين - والعمود المتوسط يمثل النمط الجسمي المتوسط ثم العمود الثالث للنمط الجسمي النحيف

	النمــط الجسمـى البديـــن	بناء جسمى متوسط	بناء جسمى نحيف
طبقة الجنين المسيطرة	الداخلية (حشوية)	العضــــلات	(الخارجيـــة - الأعصــاب وأعضاء الحس)
بناء فيزيقى	ناعم- مستدير	قوى- عضلى	هش- حساس
المـــزاج	مريح - حبوب عاطفى - يبحث عن السرور - مهتم بالطعام والحياه الاجتماعيه	نشط - حيوى عدوانى	عقلى - حساس رقيق - نشاط زائد
العرض الأكثر تعرضاً له	استجابة الهوس الاكتئابـــــى	استجابة الهوس الاكتئابـــــى	مرض الشيزوفرينيا

الفسيولوچيا النفسية :

تعتبر المتغيرات الفسيولوچية من أهم المتغيرات المسئولة عن تشكيل الشخصيـة والسلوك. و قد أوضحت لنا دراسات بافلوف كيف أن بناء الجهاز العصبى حيث كونه قوى أو ضعيف الكبت أو الاستثارة يحدد استجابات الكائن للمثيرات بل ويحدد شكل الأمراض النفسية التى قد يصاب بها. وقد أقام العالم الإنجليزى إيزنك نظريته فى أبعاد الشخصية على أسس بيولوچية وفيزيولوچيه محددة فالجهاز العصبى قوى الكبت

يخلق شخصية انبساطية بكل خصائص السلوك الانبساطى والجهاز قوى الإثارة يخلق شخصية انطوائية . (Through, Robihson: 1957 -p- 456)

وهناك نظرية الحث الشبكى وهو شبكة من النوبات العصبية تصعد فى ساق المخ حتى أعلى المخ الأوسط وله دور هام وأساسى فى تنشيط الإنسان أو خموله وبالتالى له دور أساسى فى الدافعية والاستثارة وتشكيل الاستجابات وكذلك نمط الشخصية (Through: Werre,1987).

ودور المخ كحقل إجراء أصبح معروفاً إلى حد كبير فى تشكيل شخصية الفرد واستجاباته.. كذلك دور الغدد خاصة الصماء فى تشكيل الشخصية والسلوك أصبح دوراً معروفاً مثل الغدة النخامية بعصبها بالمخ والتى تؤثر بشكل مباشر فى عملية النمو العضوية وكذلك فى عملية الاستثارة والجنس والتوتر وضغط الدم والغدة الدرقية وتأثيرها على التوتر والقلق والسمنة، وغيرها كذلك من الجينات ودورها فى الوراثة بل أن برمجة المخ البشرى أو مايسمى بالعقل هو نتاج لايستطيع أن يخرج عن برامج (D N A) فى الصبغيات... هذا وقد أوضحت الدراسات أن كل منا يستجيب للمواقف عامة إلا أن هناك جزء من جسمه يكون هو الأساس. فالبعض يستجيب للموقف الإنعصابى بالتوتر الذى يتركز فى القلب أو فى المعدة أو فى المخ. وهناك من تكون استجابات للموقف الإنعصابى استجابة فيزيولوجية أى تغيرات كيميائية فيزيولوجية فقط بينما يتحكم فى استجاباته الخارجية، وهناك العكس الذى يستجيب للموقف الانعصابى استجابة خارجية بعضلاته بينما يتحكم فى استجاباته الفزيولوجية الداخلية وتبعاً لاستجابة الفرد يكون توقع الأمراض التى يصاب بها سواء نفسية أو سيكوباتية فمثلاً الذى يستجيب بمعدته يصاب بقرحة المعدة والذى يستجيب بمخه يصاب بانفجار فى شراين المخ خاصة فى حالة مرضه بالكوليسترول

والذى يستجيب إستجابات داخلية فزيولوجية عادة مايصاب بالكبت أو الاكتئاب أو بأمراض ضغط الدم واضطرابات الدورة الدموية ... إلخ .

ب - الأسباب النفسية :

تتضمن هذه الأسباب :

١ - طفولة مضطربة .

أ - عدم النضج أو التشبيت حيث يتوقف النمو النفسى للشخص عند مرحلة معينة من النمو ولاتتغير رغم تعديه هذه المرحلة .

ب - ظهور بعض نقاط الضعف خلال مراحل النمو- كما فى حالة الخبرات المؤلمه والتى تترك الشخص قابلاً لأن يضعف ويتزثر بأى شده أو إجهاد .

جـ - التشبت - كما يحدث حينما تنمو لدى الفرد بعض الاتجاهات غير الملائمة وأنماط أفعال خاطئه أو كما فى حالة فشله فى تكوين شخصية سوية ومتكاملة.

د - ومن أهم الأسباب مواقف تعلم خاطئة يحدث فيها انطفاء وتشريط كف لأنماط سلوك توافقية نتيجة لمواقف مؤلمة أو محبطة، وقد يحدث تعميم خاطئ، أو غموض وعدم قدرة الإنسان على التمييز بين المثيرات، وكذلك بين العلاقات وإحداث تبادل غير مرغوب بين المثيرات ووظائفها .

هـ - الحرمان الحسى وفقدان المواقف المشبعة لحب الاستطلاع والاستكشاف، وقد أشرنا إليه سابقاً وأوضحنا كيف أنه قد يحدث هلاوس وبعض الأعراض الذهانية .

٢ - **الحرمان المبكر** :اتضح من دراسات عديدة أن كلاً من الحرمان النفسي والحرمان المبكر البيولوجي خلال الشهور الأولى تحدث اضطراباً واضحاً في عملية النمو السوى .

ومن أخطر وأكثر أنواع الحرمان ضرراً هو الحرمان من الوالدين أو من أحدهما كما في الحالات الآتيه :

- الانفصال عن الأم والالتحاق بمعهد داخلي خاصة قبل الخامسة وكما في حالة الطلاق .
- نقص اهتمام الأم بالطفل داخل المنزل .
- موت أحد الوالدين أو كلاهما خاصة قبل الخامسة .
- انفصال الوالدين كما في حالة الطلاق .

وقد اتضح أن الأطفال داخل معهد داخلي حيث تقل فرص اتصالهم بالأم نجد فرصاً أقل للنمو العقلي، والوجداني، والإثارة الاجتماعية، ونقص التشجيع والمساعدة على التعلم الإيجابي .

ويذكر «هارو» حينما يصف الأطفال لنا داخل معهد داخلي بأن الأطفال تحت سن ٦ شهور الموجودين بمعهد لفترة معينه يمثلون صوره جيدة لأطفال المعهد الذين اتسموا بعدم الاستقرار - بالرغم من الهدوء النسبي - وعدم الاستجابة للمثيرات خاصة الاستجابات المرغوبة كالابتسام أو غيرها، ونقص الشهية للأكل ونقص الوزن عن المعدل المناسب للعمر والطول مع نوم متعب غير عميق ويبدو على الوجوه بشكل واضح عدم السعادة .

٣ - الأنماط المرضية داخل الأسرة :

كلما نمى الطفل وازداد عمره الزمني نتسع جماعته من مجرد أسرته إلى الجيران، والأقارب وشكل اللعب، ثم المدرسة. وفي كل مرحله من هذه

المراحل عليه ن يكتسب قدرات جديده . ويكون فروضاً جديدة أو أفكاراً جديدة عن نفسه وعن عالمه ويتعلم كيف يتحكم فى سلوكه ليمكنه تحاشى عدم التقبل الاجتماعى والعقاب .

وخلال هذه المراحل تظل للأسرة تأثيرها الأكبر على النمو والعلاقات الخاطئة بين الطفل ووالديه أو التفاعل المرضى داخل الأسره يكون مصدراً خصباً لسوء التوافق .

وأحياناً يقوم الوالدان بعمل كل شئ عن الطفل، وأحياناً أخرى يتركانه حتى بدون توجيه أو إرشاد أو مساعدة، وفى بعض الأوقات يعلمونه أنماطاً من ردود الأفعال الخاطئة ويميل منهج الوالدين التربوى عادة إلى الثبات خلال سنوات نمو الطفل، مع ملاحظة أن الأطفال المتخلفين يستجيبون بطريقة مختلفة لنفس المثيرات .

٤ - الرفض :

تمثل الأسرة عالم الطفل الأول - ومصدر إشباعه بالحب والحنان ومنها يحرج إلى العالم ثم يعود إليها معه مشاكله وانعصاباته وسوء حظه أحياناً أخرى، وبدون قدر من الأمان والتقبل ومنزل مطمئن تعانى شخصية الطفل اضطرابات خطيرة .

ومادام تصور الطفل لذاته هو انعكاس لطريقة ردود أفعال الآخرين له، فإنه يتضح لنا أن رفض الوالدين للطفل يسبب عنده اضطرابات وعدم ثقة فى ذاته. وبهذا فإنه يكون من الصعب على الطفل أن يفكر فى نفسه بطريقة إيجابية، بل يصبح من الصعب عليه التمييز بين ماهو مرغوب من السلوك وماهو غير مرغوب وبتكرار هذا الوقف وعدم تشجيع الوالدين طفلهم ، وحبهم له حين حظ ، ووعده بمكافأته حين يسلك الاستجابه

الصحية، وتكرار هذا الموقف يصبح الطفل غير مهتماً برأى والديه - وبذلك يفقد الوالدين أهم وسيلة هامة جداً للتحكم فى سلوك الطفل وتوجهه ويميل الطفل المرفوض أو المنبوذ إلى أن يكون خائفاً غير آمن يحاول دائماً لفت الأنظار إليه، كما يكون منعزلاً وعدوانياً وغيوراً .

٥ - الحماية الزائدة :

وتتضح الحماية الزائدة كما فى تلك الحالات التى تتطوع الأم دائماً بعمل كل شئ للطفل وحمايته من الآخرين وقد تمنعه من أفعال عادية يفعلها قرنائه خوفاً عليه تفكر له كلما واجه مشكلة ما، وهنا يفتقد الطفل الاعتماد على الذات ولايستطيع أن يتكيف بطريقة واقعية مع مشاكله وبالطبع يصبح سلبياً لاحول له ولاقوة فى مواجهة الأخطار والمشاكل العادية. والحماية الزائدة تكون أكثر خطورة على الولد الذكر منها على البنت، وعامة لايمكن علاج مثل هؤلاء الأطفال قبل علاج أمهاتهم، على أننا يجب أن ندرك جيداً أنه ليس كل معتمد أو شخص غير مستقل دائماً يعتمد على الآخرين هو نتاج الحماية الزائده، بل ربما يكون نتيجة حرمان وجدانى عنيف خلال مرحلة الطفولة الأولى .

٦ - الاندماج والتقبل الزائد:

يعكس الطفل المرفوض نجد المندمج من السهل عليه أن يكون علاقات إجتماعيه إلا أنه يستغلها لأغراضه الخاصة بنفس الطريقة التى تعود بها أن يستغل والديه. هو دائماً فى حالة ثوره ضد السلطة وله وسيلته الخاصة التى توصله لهدفه والتى تتميز باتجاهات أنانية وعدوانية، وهو لايصبر فى مواجهة المواقف المحبطة من أجل أهداف بعيدة

٧ - الحاجة إلى الكمال :

وتتضح من ضغوط الوالدين على الطفل للحصول على مراكز مرتفعة تكون أكثر من قدراته، وحينما يكون لدى الطفل القدرات التى تمكنه من تحقيق الامتياز تبقى الأمور سوية، غير أننا لانجد عادة هذه القدرات عند بعض الأطفال والتى بها يستطيعون تحقيق مطالب وأمانى الآباء .

وحينما يواجه الطفل بعض الفشل قد يواجه الأباء بعدم التقبل ومطالب فوق قدراته مما قد يؤدى إلى عدم تشجيع الطفل على بذل مجهود من جانبه ويقول الطفل لنفسه أنا لن أستطيع فعله فلماذا أذن أحاول ؟

٨ - المعايير الأخلاقية الصارمه والمتصلبه :

حينما يصبح كل شئ محرماً وممثلاً لذنب ابتداء من التدخين إلى الكذب إلى الجنس إلى اللعب، يضطر الطفل إلى مواجهة إحساساته المختلفة للشعور بالذنب والصراعات المحبطه للذات، وكما أن امتصاص الطفل لمثل هذه القيم الصارمة من الراشدين تجعل الطفل حساساً وقائياً فى تقييم سلوكه وقد ينمو لديه ضمير قاس متصلب وغالباً مايخضع هذا الضمير صاحبه للشعور بالذنب مما يفقده الثقة فى ذاته .

ومن جهة أخرى قد يتحرر الطفل من هذا الذنب الصارم ويتجه إلى الطرف الآخر والتحرر... ومن المعروف أن هذا الموقف يخلق صراعات ومؤشرات ويكون فيه أنماطاً من عمليات الكبت اللاشعورى الذى ينعكس فيما بعد فى استجابات مرضية .

٩ - بعض نظم التنشئة الخاطئة :

نتيجة لشيوع بعض المفاهيم الخاطئه عن علم النفس بين الجماهير ومحاولاتهم تطبيقها، فقد ساد اعتقاد خاطئ عن علم النفس بين الجماهير

ومحاولاتهم تطبيقها ، كما ساد اعتقاد خاطئ عند البعض أنه من الأفضل أن نجنب الطفل مواجهة النظام كما نجنبه مواجهة الإحباط ، غير أن الدراسات النفسية المعاصرة أكدت على أهمية دور النظام المنسق والثابت فى توجيه الطفل إلى سلوك متكامل، وفى دراسة أجريت على أطفال فى سن ١٢ سنة اتضح أن السلوك العدوانى المضاد للمجتمع ارتبط إيجابياً بمستوى مرتفع من التأهل وحرية العمل عند الطفل وبمستوى منخفض من بعض صور العقاب خاصة أثناء الطفولة المتوسطة والمتأخره ، أى أن المنزل المتطرف فى تسامحه وتساهله كالمنزل الذى لايعرف إلا من يعملان سوياً على خلق شخصية عدوانية سلوكها غير اجتماعى .

وفى سنة ١٩٥٧ وجد «واطسن» أن النظام الأبوى الصارم جداً يرتبط بقلة المبادأة وانخفاض التلقائية والشعور بالصداقة والثقة فى الآخرين وأثبت أن السلوك المنحرف اجتماعياً يكون أكثر شيوعاً بين الأطفال الذين تعرضوا للعقاب - الصارم - كذلك فنظام المنزل غير الثابت لايساعد الطفل على بناء قيم واضحة لتوجيه سلوكه، كما فى حالة عقابه وعدم عقابه ومكافآته على نفس السلوك .

١٠-الغيرة ومنافسة الأخوة :

حينما يأتى طفل جديد فى الأسرة فإنه ينحى أخاه الأكبر من على صدر أمه واهتمام الأسرة يحل محله مما يثير غيرة الإبن الأكبر .

وهنا تظهر بعض مشكلات النمو وكثيراً مانسمع من بعض الأخوه تهديداً بقتل أو ضرب أخوتهم - ويتعلم الأطفال أن مثل هذا التعبير الصريح عن عدوانهم يؤدى إلى مزيد من التدهور لعلاقاتهم بوالديهم وعدم تقبلهم، ومن هنا يتبنون أساليب غير سوية للتعبير عن كرههم مما يزيد من

الشعور بعدم الأمن، وغالباً فالطفل الذى يشعر بأنه غير مرغوب أو غير محبوب سوف يسلك السلوك غير المرغوب محاولة منه للحصول على اهتمام والديه الذى اتجه بعيداً عنه لمولود جديد أو آخر. وقد تكلمت المدرسة الفرويدية كثيراً عن هذا الغيرة وارتباطها بالازدواجية الوجدانية .

١١-أخطاء النمذجة الوالدية :

من المعروف أن الأطفال يقلدون أنماط السلوك التى يلاحظونها حولهم، وفى بحث أجراه باندورا سنة ١٩٦٢ وجد أن الأطفال الذين لاحظوا نموذجاً للسوك العدوانى كانوا هم أنفسهم عدوانيين فيما بعد وأكثر عدوانية من مجموعة ضابطة حينما تواجه المجموعتان مواقف محبطة، ومن البديهى أن الوالدين يمثلان نموذجاً لأطفالهما ، وغالباً مايدعم أو يعاقب سلوك التقليد الصادر عن الطفل حسب كونه مرغوباً أو غير مرغوب وإذا كان هناك أى انحراف فى سلوك الوالدين فإن ذلك يمثل نماذجاً خاطئة أو شاذة أمام الأطفال وعليهم أن يقلدوها ، وربما يفسر هذا انتقال بعض الأمراض وانحرافات السلوك داخل أجيال متعاقبة من خلال الأسر والذى قد يفسر خطأ على أنه يرجع للوراثة .

١٢-سوء التوافق الزواجى والانهيار الأسرى:

انتهت دراسات عديده منها الإكلينيكية مثل مدارس التحليل النفسى والعلاج السلوكى ودراسات تجريبية مثل دراسات معهد رفاهية الطفل بأمريكا والتى كانت تشرف عليها «ماكفارلان» فى الثلاثينات وانتهت هذه الدراسات إلى أن الشجار والنزاع وسوء التوافق الزواجى وتوتر المناخ المنزلى تمثل شروطاً سيئة لنمو الطفل حيث تمثل تهديداً مباشراً للطفل

ولايكون أمامه إلا أن يتبنى نمطاً متوتراً من الاستجابات، كذلك انهيار الأسره خاصة فى حالات الطلاق تحدث صراعاً عند الطفل بين تعدد الجهات التى يجب أن يشعر بالولاء لها، فالطفل الذى ينشأ. مع أمه بعيداً عن أبيه يعانى من نقص واضح فى تعامله مع أطفال آخرين لديهم نمذجة واضحة للأب ولحمايته. وفقدان الأب يعنى فقدان الطفل خاصة الذكر لنموذج يساعد الطفل على تنميط استجاباته المستقبلية للتعامل كذكر مع الآخرين وإذا ماوجد بديل آخر كالعم أو الجد أو الخال فإن هذا يقل ويقلل إلى حد ما من عمق هذا التأثير السلبى وإذا كانت الأم هى المسيطرة فإنه قد يتخذ من سلوكها نموذجاً له ويكتسب خصائص السلوك الأنثوى وتكتسب البنت بعض خصائص الذكورة فى سلوكها .

وقد يتأكد الأثر السلبى لسيطرة الأم على شخصية الطفل ومستويات تحصيله فى بحث أجريناه على عينه من تلاميذ القاهرة (عبد السلام الشيخ-١٩٧٩).

كما اتضح أن فقدان الأب بالموت قبل الخامسة له تأثيره السلبى على سلوك البنات والذى يختلف عن تأثير فقدان الأب بالطلاق قبل الخامسة على سلوك البنات كذلك فإن الحالة الأخيرة أعمق ضرراً وأكثر سوء .

١٣-التفاعل غير السوى بين أعضاء الأسرة :

لاتقتصر أسباب السلوك المرضى فى الأسرة على مجرد تفككها أو انهيارها، فإن العلاقات غير السوية بين أعضائها تؤثر على سلوك الطفل وانحرافه. وقد ظهر ذلك فى دراسات عديده ومنها دراسة أجراها فيشر ١٩٥٩ حيث اتضح منها أن قدرة الطفل على التوافق السوى يتوقف على مدى سوء توافق سلوك أعضاء أسرته بينما تظهر مظاهر أو أعراض

العصاب فى سلوك الأطفال الذين نشأوا داخل أسره كل أو بعض أعضائها غير متوافقين مع أنفسهم حتى لو كانوا علي علاقات سوية بعضهم بالبعض الآخر .

وتظهر أعراض مرض الفصام فى سلوك أطفال نشأوا مع أبناء وأخوة غير أسوياء وعلاقاتهم ببعضهم البعض غير سوية. ويجب أن ندرك أن سلوك الأطفال يؤثر بالتالى فى سلوك بقية أعضاء الأسرة .

١٤-الخبرات النفسية الأولى المؤلمه :

والحقيقة أن الخبرات المؤلمة هى الخلفية المشتركة وراء كل الأسباب العامة للأمراض النفسية وتتباين هذه الخبرات المؤلمة فى عمق تأثيرها ، ومن هذه الخبرات ماتمر بالطفل مراً عابراً ليس لها إلا أثراً مؤقتاً ومنها مايظل أثره ملازماً للطفل حتى مماته - كأن يكتشف الطفل أنه ليس عضواً حقيقياً للأسرة كأن يكون ابناً غير شرعى أو متبنى وبعض الخبرات قد تؤثر فى طفل ما أكثر مما تؤثر فى طفل آخر ، وهناك شروط ثلاثة توضح لنا هذه العملية هى :

أ - يرى جافيت ١٩٦٠ ميدفيك سنة ١٩٥٥ أن الاستجابات الشرطية تحدث تحت مواقف مثيرة للقلق، وتكون مقاومة للانطفاء فمثلاً موقف مفزع من كلب ماقد يكون كافياً لتعميم استجابة الفزع الشرطية على جميع المواقف المشابهة. وكذلك موقف اعتداء جنسى قد يخلق لدى الطفل شعوراً بالخوف والرفض أو شعور بالذنب الذى قد ينتهى أو قد يستمر مع الفرد لاشعورياً بقية حياته .

ب - والحقيقة أن تعميم هذه المواقف أو الاستجابات لها يمثل ضعف فى النمو الذى يتطلب الانتقال من التعميم إلى التمييز بينما يتسم المريض هنا بما أثبت عند مرحلة التعميم فقط .

وتؤكد تجارب «سكنر» ومقالاته العديدة خطورة هذا التعميم وترجع إليها معظم الأمراض النفسية باعتبارها سوء توافق لموقف تعلم حدث فيه تعميم خاطئ وهذا التعميم قد ينصب على المثيرات أو على الاستجابات كما فى حالات الفوبيا فى جميع الحيوانات مثلاً - هنا حدث تعميم على المثير نتيجة خوف من أمر معين وليكن الكلب، وهذا الخوف على جميع الحيوانات المتماثلة - وفى تعميم الاستجابة كاستجابة شك من زوجة معينة أصبح الشك سمة عامة لجميع استجابات الفرد كما فى حالات البارانويا - وتتضح عملية تعميم الاستجابة فى المجال المرضى إذا ماعززت استجابة مرة كأن يحصل الشخص منها مثلاً على اهتمام الأسرة فإن هذه الاستجابة المرضية تدعم وتعمم بمعنى أنه قد يظهر معها استجابات مرضية أخرى - يرى ميدفيك ١٩٥٧ أنه فى مواقف التوتر العنيف والغموض المعقدة تنخفض قدرتنا على التمييز بينما يرتفع ميلنا إلى التعميم .

جـ - كما تظهر الخبرات المؤلمة فى مجال التشريط الوجدانى أكثر مما تظهر فى مجال استجابات التفكير ونظام حل المشكلة ومن هنا نجد أن هذا الموقف المتكرر بعد إثارة استجابة وجدانية أكثر تأثيراً من موقف تكون فى ضوء الوعى - كاستجابات التفكير وحل المشكلة تحت مستوى مرتفع من الإرادة بحيث يمكن بهذا الوعى والإرادة مهما كان الموقف مؤلماً الإبقاء على الموقف تحت إرادة الفرد ووعيه وبالتالى فإنه يمكن تعديله وتعديل استجابات الفرد له مما يجعلها استجابات تكيفية .

فسهولة التكوين التشريطى والميل إلى التعميم والتشبيت عنده وتطرف تشريط الاستجابات الوجدانية والتى تحدث عادة نتيجة لمثيرات مفزعة - وكل سواء عند السلوكيين أو التحليليين تجعل من سلوك الطفل

سلوكاً غير متوافق وبالطبع كلما حدثت هذه الخبرات فى سن مبكرة كلما كان تأثيرها على ظهور الاضطرابات السلوكية والمرضية أكثر .

١٥-الاستعدادات غير الكافية لمواجهة مرحلة البلوغ :

تعتبر فترة المراهقة فترة حاسمة فى نمو الشخصية حيث يواجه الفرد عمليات نمو سريعة تكون أكثر وضوحاً فى أجزاء جسمه من أجزاء أخرى، وتحدث تغيرات فى النضج الجنسى، وتختلف طبيعة النمو عند الفتاة عنها عند الفتى وفى نفس الوقت تبدأ تغيرات فى حياته الاجتماعية ويبدأ يتحول من شخص معتمد تماماً على أسرته إلى شخص يحاول الاستقلال وتحمل المسئولية ويتهيأ لبناء أسرة والتحاق بمهنة، كل هذه التغيرات الجسمية والاجتماعية تحدث تغيرات نفسية خاصة فيما يختص بفكرته عن ذاته .

وحينما يعد الطفل إعداداً كافياً لمواجهة المشكلات التى تواجهه فى بداية الرشد وخلال مرحلة المراهقة مثل مشاكل الجنس والزواج وتغير الوضع الاجتماعى وحينما تكون من المواقف الحياتيه والاجتماعية التى على الفرد أن يندمج فيها مواقف منظمة وواضحه وليست غامضة ومحيرة بالنسبة له. وحينما تكون له ذات قوية مستقلة قادرة على تحمل المسئولية وتقبل مواقف الغموض وفى نفس الوقت مدرباً مهنياً واجتماعياً لحل المشكلات المحتمل أن يواجهها. هنا نجد الذات قادرة على التكيف بل والسيطرة على واقعها وتوظيف هذا الواقع للحصول على الصحة النفسية، وتؤكد دراسات علم النفس الارتقائى أن هذه الذات نحصل عليها من خلال الوراثة. وأهم من ذلك من خلال أساليب تنشئة اجتماعية سوية خلال مراحل الطفولة .

وقد أجريت دراسات عديدة على الحيوانات لمعرفة أثار خبرات الطفوله على السلوك فى مــرحلة الرشــد، ومع أنه من الصــعب تعــمــيم نتــائج تلك الدراسات على السلوك الإنسانى إلا أنه بالتأكيد تزيد فهمنا لهذا السلوك، بل ومن بعض نتائجها ماأكدته الدراسات فى السلوك، الإنسانى .

ويمكن تلخيص هذه النتائج فى الجدول التالى:

المجال السلوكى	الخبرات الطفولية الأولى	سلوك الراشدين
التمييز الحسن	١ - تربية الحيوان فى بيئة مظلمة ٢ - الحرمان من المشى واستخدام أنابيب تعمل ربط الأطراف .	عدم القدرة على الاستجابة التكيفية للمثيرات البصرية (سمك-طيور-بعض الثدييات) تأخير استخدام الأطراف مع طريقة شاذة مرضية فى المشى والحركة والجلوس .
سلوك التغذية	١ - إشراف ونظام طبى على الأكل واستخدام زجاجة لتناول الغذاء منها . ٢ - حرمان جزئى من الطعام فى الطفولة .	ظهور حركات مص كالأصابع بعد الغذاء وأصوات خلال النوم من الميل إلى مص بعض أجزاء الجسم . حسب الظهور للإعلان السريع عن حاجته مع معدل سريع فى الأكل

المجال السلوكى	الخبرات الطفولية الأولـــى	سلـــوك الراشديـــن
التنشئة	١ - تربية الحيوان فى مكان منعزل أو أجناس أخرى من الحيوانات	محاولة الزواج بطريقة غير مميزة مع ذكــور أو إناث أو مع أجناس من الحيوانات الأخرى التى تنشأ وتربى معها .
	٢ - طيور وحيوانات ربيت داخل أقفاص ليس بها مواد البناء العش أو أشياء خاصه يمكن نقلها .	الفشل فى بناء العش حتى لو أمامه العناصر اللازمه لذلك .
سلوك الولاء والانتماء	١ - طيور ربيت مع أنماط أخرى من الطيور المغرده .	اكتساب غناء الطيور الأخرى أو حدوث تغير فى تغريدها .
	٢ - ثدييات ربيت بواسطـــة الإنسان.	تفضل مصاحبة الإنسان عــن مصاحبة زملائها من نفس النوع.
	٣ - صغر حيوانات ربيت محرومة من الأم ولكنها ربيت مـــع بعضها .	صعوبة التكيف مع حيوانـــات أخرى غريبة إلى حد كبير مـــع حساسية ومتيقظة للأخطـــار ومنخفضة إلى حد كبير فى ميلها للسيطرة.
المزاج والوجدان	١ - فئران جائعة تجاهد للحصول على الطعام وأخرى ربيت فى بيئة غير تنافسية أو فى ظل سلوك تعاونى .	الصراع من أجل الطعام من الفئران وبطريقة عدوانية حتى ولو لـــم يكونوا جائعين بينمـــا الفئـــران الأخرى كانوا أقل عدوانية .
	٢ - صغار أطفال تعرضـــوا لضوضاء شديدة مفزعة .	يميلون إلى الانفعال بسهوله والخجل فى مواقف كثيرة من الحياة .

المجال السلوكى	الخبرات الطفولية الأولى	سلوك الراشدين
التعلم	١ - مدى واضح من الخبرات فى مقابل عرض محدود وصارمه. (كلاب وفئران)	تعلم أفضل مع مدى واسع من الخبرة الأولى .
	٢ - مقادير مختلفه من الإثارة الفيزيقية وسلوك التناول باليد. (فئران) .	تناول يدوى يميل إلى تحسين الأداء فى التعلم .

وفى هذا المجال يذكر «جيمس كولمان» أن الحرمان الزائد من الإثارة خلال الطفولة الأولى يرتبط إيجابياً بالتخلف العقلى - كما أن مواقف الحرمان والإحباط المبكرة تحدث فقط ضعفاً وتشتتاً بل توقف فى النمو أحياناً.. فنقص الطعام والحب والأمان ونقص التقبل من الآخرين تمثل إحاطات تواجه الطفولة فيكون لها تأثيرها المزمن والحاد فى سن الرشد

ويجب أن نكون على وعى بأنه يوجد فى حياة الإنسان فترات زمنية خلال مراحل النمو تعتبر أكثر حساسية من غيرها .

* * * * * * * * * * *

الفصل الثالث

تصنيف وتشخيص الأمراض النفسية

التصنيف

تصنيف الاضطرابات والأمراض النفسية :

هناك جهات متخصصة فى هذه التصنيفات من أهمها :

النشرة المعروفة باسم DSM III والتابعة لجمعية الطب النفسى الأمريكية، وقد عرضت هذه الهيئة لتصنيف الأمراض والاضطرابات النفسية كما يلى:

١ - اضطرابات فى الطفولة والمراهقه مثل التخلف العقلى، تشتت الانتباه وعدم القدرة علي التركيز، اضطرابات الأكل .

٢ - اضطرابات عقلية عضوية .

٣ - اضطرابات تناول العقاقير، كالإدمان وتناول الكحوليات ... إلخ .

٤ - اضطرابات الفصام .

٥ - اضطرابات البارانويا .

٦ - اضطرابات وجدانية (الهوس والاكتئاب) .

٧ - اضطرابات القلق مثل الفوبيا وعصاب القلق .

٨ - اضطرابات ذات شكل جسمانى مثل الهستيريا التحولية، توهم المرض.

٩ - الاضطرابات الانفصالية مثل العصاب الهستيرى، تعدد الشخصية.

١٠- اضطرابات جنسية، مثل السادية، المازوخية، الجنسية المثلية .

١١- اضطرابات توهم المرض factitious disorders (المريض يتصنع المرض) .

١٢- اضطرابات سوء التوافق .

١٣- اضطرابات الشخصية (شخصية هامشية، سلبيته، عدوانية... إلخ).

ويرى «إيفى وآخرون» أن هذا التشخيص لايفيدنا من حيث أن الفئات متداخله، وأن التقسيم إلى فئات لايفيد من وجهة نظر بعض التوجهات مثل وجهة نظر كارل روجرز وكذلك كثيرين من السلوكيين، كما أن هذا التقسيم هو مجرد وضع عنواناً للمريض ولايعطينا فكرة مثلاً عن الشروط المسئولة عنه، وبالتالى لايحدد لنا ماذا يفعل المعالج بعد أن يشخص المرض بهذا الشكل. كما يؤكد «إيفى وآخرون» أن تشخيص DSM III ليس بالضرورة ملائماً لكل مرشد ومعالج. (Through: Ivey et al, 1987, p. 159-160).

ولما كان من المعروف حالياً أن أى مرض أو اضطراب سلوكى أو نفسى عادة ما يحمل بعض الأعراض التى تميزه عن أمراض أخرى وفى نفس الوقت أعراضاً أخرى مشتركة مع تلك الأمراض، فإن هذا يؤدى إلى تداخل الأمراض ومن الصعب أن نعزلها فى فئات متمايزة، كما أن التعرف على المرض من مجرد الفئة التى يدخل تحتها لاييسر لنا كثيراً التعامل مع هذا المرض، مما يجعلنا نهتم بأساليب أخرى للتصنيف وكذلك للتشخيص .

ثانياً: من بين جهات التشخيص الأخرى الجمعية الطبية النفسية خاصة الجمعية المصرية للطب النفسى والتى مثلها د. أحمد عكاشه فى تقسيمه للأمراض النفسيه والعقلية إلى :

أ - العصاب: بفئاته وأعراضه المختلفة، كما سنعرض لها تفصيلاً .

ب - الذهان : وينقسم إلى :

١ - ذهان وظيفى ٢- ذهان عضوى .

جـ - اضطرابات الشخصية .

د - اضطرابات وانحرافات جنسية .

هـ- اضطرابات سيكوباتية .

ونرى أن وضع الذهان بفئتيه في فئة واحدة لا ييسر أسلوب العلاج، خاصة أنه من المعروف أن أساليب علاج الذهان الوظيفي أكثر اختلافاً عن أساليب الذهان العضوى منها عن أساليب علاج العصاب. فالذهان الوظيفي والعصاب - وهو عادة وظيفي - فإن علاجهما يتركز في تكنيكات علاجية نفسية وسلوكية تعلمية، بينما الذهان العضوى يعالج كأي مرض عضوى، كما أن هناك بعض الاضطرابات العضوية لا تعطينا فقط ذهاناً عضوياً وإنما قد تعطينا اضطرابات أقرب إلى العصابية، فالعدوانيه وهي سمه عصابية قد تنشأ من اضطرابات عضوية في بعض الغدد كالدرقية والأدرينالية، والانحراف الجنسى قد ينشأ من اضطرابات في بطينات الثلاموس والهيبوثلاموس.

هذا علاوة على مراكز الآداء المعروفة في لحاء المخ والتى قد تسبب اكتئاباً أو سروراً إلى مايسمى بأعراض الذهان العضوى. قد تؤدى إلى أعراض عصابية خاصة أعراض الاكتئاب العصابي أو المخاوف وتوهم المرض... إلخ .

وهناك تصنيفات أخرى عديدة للأمراض النفسيه، لعل ذلك التصنيف الذى نشرته الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٨٧ (DSM-111-R).

ويهدف هذا التصنيف إلى التغلب على عيوب التصنيفات السابقة التى تضع مجرد إسماً على كل مرض كالعصاب والذهان أو كالهوس والفوبيا. بينما نجد الأعراض متداخلة وتكنيكات العلاج كذلك تتداخل وقد تتماثل مع اضطرابات مختلفة، وقد تختلف هذه التكنيكات مع اضطرابات متماثلة في أزمنة وأماكن مختلفة .

وتتناول هذه النشرة مفهوم العصاب Neurosis والعصابى Neurotic وتوضح كيف أنها مفاهيم شائعة الاستخدام عند غير المتخصصين. وترى

هذه النشرة أن مفهوم العصاب حينما أطلق على مجموعات من الأعراض لم يطلق عليها بالضرورة نتيجة لخصائص مشتركة بينها بل نتيجة لمجرد أن له أصولاً مشتركة فأصل كل أمراض العصاب كما يرى التحليليون مثلاً إنما يرجع إلى صراع عصابى لاشعورى وكل عصاب هو محاولة للتكيف مع خوف لاشعورى. فالجوال الليلى مثلاً يتضمن عصاباً حيث أنه كما يرى الديناميون – يعبر عن رغبات لاشعورية تعمل على شكل جوال ليلى أثناء الليل كذلك كل أنماط العصاب الأخرى مما يوضح أن أصلها واحد مهما اختلفت الأعراض. ومن هنا وضعت هذه الاضطرابات كلها تحت فئة العصاب. وهو ماترفضه نشرة DSM-III. R بل كثيراً ماتكون هذا عائقاً أمام العلم. مثلاً أوضحت الدراسات المعاصرة أنه من الأفضل أن ننظر للمرض من حيث أنه يمثل الأعراض الظاهرة. ومن هنا يعتبر الجوال الليلى خارج دائرة العصابيين .Millon 1983 .

بل أن مانطلق عليها أمراضاً واضطرابات نفسية وعقلية ونصنفها على هذا الأساس لم تعد أمراضاً أو اضطرابات بل مجرد مشكلات سلوكية حياتيه لايستطيع العميل حلها ومواجهتها ولذلك سماها «توماس زاس» Tumas, Zas **مشكلات حياة.** ويرى كثير من أطباء النفس المعاصرين أن تسمية هذه الاضطرابات **مشكلات حياة** أفضل من حيث أنها تفسح مجالاً للمريض لكى يشعر بمسئوليته المباشرة فى التغلب على مشكلاته السلوكيه هذه .

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه قد تبع كتيب التشخيص الإحصائى الثالث المراجع (DSM - III - R- 1987) كتيب التشخيص الإحصائى الرابع (DSM - IV, 1994) ، وهو لايختلف كثيراً عن الكتيب الثالث المراجع .(DSM - III - R)

ولايفوتنا فى هذا المقام أن نشير إلى التصنيف الدولى للأمراض العاشر (ICD - 10, 1992) الذى صدر بعد عدة سلاسل من التصنيفات الدولية للأمراض .

وسوف نستعين فى هذا الكتاب على بعض المحكات الواردة فى كتيب التشخيص الإحصائى الثالث المراجع أو الرابع الذى أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسى وذلك أثناء شرح بعض الأمراض أو الاضطرابات النفسية .

تصنيف اضطرابات السلوك (مشكلات الحياة) على أساس محاور الأعراض:

تقدم لنا نشرة DSM-III-R عام ١٩٨٧ ص ص٣ - ٢١ محاور خمسة يمكن على أساسها أن نصف أعراض الاضطرابات (ليست الأمراض)، وأن هذا التصنيف يمكن أن يساعد الإكلينيكى على تحديد الأعراض النوعية التى يعانى منها العميل ووضع خطة مباشرة لاختزالها أو علاجها، ومن خلال كل محور من المحاور الخمسة يتحدد لنا نمط المعلومات الممكن أن تجميعها فى رحلة التشخيص عن العميل وسلوكياته ومشاكله، ثم نذيل هذه المعلومات بوصف سريع ومختصر للأعراض ونوعها كما يأتى فى الجدول التالى:

المحور	نمط المعلومات	وصف مختصر
المحور الأول	أعراض إكلينيكية	تتضمن أنماطاً من السلوك المرضى- الاضطرابات العقلية - ضعف توظيف السلوك أو الاستجابات للفرد وكيف يسبب هذا انعصابات - التركيز على الانتباه - مشكلات اجتماعية - مهنية - أكاديمية.
المحور الثانى	اضطرابات فى النمو	انحرافات واضطرابات فى الطفولة أو فى المراهقة. وكيف يستمر خلال الرشد كالتخلف العقلى - الآجترارية واضطرابات مهارات تحصيل أكاديمى - كلام لغة - مهارات حركية .
المحور الثالث	اضطرابات فيزيقية	أمراض مزمنه أو حادة وجراحات قد تؤثر فى خطة العلاج. مثل أمراض القلب.. والجهاز العصبى .
المحور الرابع	شدة الانعصابات النفسية الاجتماعية	الشدائد التى ظهرت فى السنة الماضية والتى قد ساهمت فى نمو الاضطراب العقلى الأخير- أو فى تنشيط اضطراب سابق- انعصابات قد تكون زواجية ومايرتبط بها- والدية - مهنية- مالية - قانونية - فيزيقية
المحور الخامس	تقييم كلى	حكم كلى عن التوظيف الحالى وعلى مستوى التوظيف فى السنة الماضيه تبعاً للمحكات المهنية والاجتماعية والنفسية .

ومن الواضح أن محكات التشخيص السابقة اعتمدت إلى حد كبير على السلوك الظاهر ووضعت محاور متعددة تعطى إجراءات التشخيص، غير أنها لاتغطى اضطرابات أخرى أساسية مثل اضطرابات الشخصية .

وعلى أية حال سوف نتناول فى هذا الكتاب الإضطرابات النفسية أو العقلية معتمدين فى ذلك على تصنيف الجمعية المصرية للطب النفسى، مع الاستعانة ببعض المحكات الواردة فى التصنيفات الأجنبية الحديثة والخاصة بكل اضطراب .

تشخيص الأمراض النفسية

أولاً: مفهوم التشخيص وهدفه :

١ - مفهوم التشخيص:

التشخيص هو العملية التى يقوم بها المرشد أو المعالج النفسى بجمع البيانات عن العميل حول الشكوى التى يطرحها العميل أو جهة الإحالة التى أحالته للمرشد أو المعالج النفسى - ويتبع جمع البيانات حول هذه الشكوى أساليب ومصادر متعددة سوف نعرض لها تفصيلاً ويتبع جمع البيانات ويضع تقريراً مستعيناً بالشخصيات الأخرى حول المريض كالطبى أو السيكياترى... إلخ .

ويقوم هذا التقرير بتحليل هذا المرض أو الاضطراب موضحاً الأسباب والشروط المسئولة عنه ومآله والتنبؤ بنموه، ثم الأساليب المقترحة والمناسبة لتعديله. وربما كانت المقابلة أهم أدوات جمع البيانات، وكذلك من بين أساليب العلاج بل من الصعب الوصول إلى تشخيص أو علاج بدونها، لكن البعض يرى أن التشخيص ليس ضرورة أساسية للعلاج ومن هؤلاء معظم الديناميين مثل «فرويد وكارل روجرز»، فيرى روجرز مع فرويد أنه من الممكن

بعد ساعات قليلة من المقابلات العلاجية أن نتعرف على المريض ونشخص مرضه أكثر مما نعرفه عن طريق الأدوات التشخيصية، بينما ترى معظم التوجهات التجريبية والسلوكية أنه لابد من الاستعانة بالأدوات المقننة، وبالرغم من أن مجرد إعطاء الاختبار قد ينتج عنه أحياناً علاجاً (مليكه، ص٢٥٤)، إلا أن المقابلة الإكلينيكة والتى يجمع فيها معلومات عن المريض غالباً ماتساعد على تشخيصه كما يكون لها قيمة علاجية، بل تمثل الأساس الذى يعتمد عليه التحليل النفسى .

٢ - هدف التشخيص:-

يهدف التشخيص إلى تحديد ومعرفة طبيعة وخصائص المرض، وليس معنى ذلك مجرد القيام بتشخيص تصنيفى ووضع لافتة على المريض، بل الحصول على صورة كاملة للأعراض وتقديم دور العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية فى تطور ديناميات المرض الحالية وتشمل المعلومات المطلوب جمعها عن المريض مايأتى:

١ - معلومات الهوية (الشخصية، الاسم، العنوان، السن، الجنس) .
٢ - طبيعة المشكلة . ٣ - التاريخ الشخصى .
٤ - الفحص الطبى . ٥ - التقرير السيكولوجى .
٦ - التقرير الاجتماعى . ٧ - التشخيص أو التصنيف .
٨ - العلاج السابق والبرنامج المقترح . ٩ - المعطيات النهائية .
١٠- النتيجة .

وحالياً نجد أن العيادات والمستشفيات المتقدمة تستخدم جهازاً إلكترونياً وحاسباً آلياً للحصول على تسجيلات للحالة المعروضة ويقوم هذا الجهاز بتحليل المعلومات من أجل أغراض البحث والتشخيص. وعادة

نفترض وجود عدد من الموضوعات الهامة ترتبط بتجميع معلومات التشخيص ويمكن تلخيصها فيما يلى:

أ - نحصل على وجهة نظر ملخصة لصورة الأعراض .

ب - نفهم تطور الديناميات الموجودة خلف الاضطرابات .

ج - تصنيف المرض. د- نقترح قاعدة أساسية للعلاج .

الأهداف العامة (فيما يتصل باتخاذ القرار) :

يتضمن العلاج النفسى أو السيكاترى عملية اتخاذ القرار بالنسبة للمريض أو المعالج، خاصة فيما يتصل بالحاجة إلى دخول المستشفى، استخدام الدواء، دور العلاج النفسى... إلخ .

ويمكن اتخاذ هذا القرار باشتراك أو عدم اشتراك العميل، كما نلاحظ أن الأداف تتغير مع تغير المؤسسة القائم بها ، وجهة الإحالة، ونمط شخصية العميل. فمثلاً إذا كان الهدف هو التعرف على ماإذا كان من الممكن أن يدخل العميل معهداً، أو مؤسسة ما للتدريب أم لا ؟ هنا نجد أن الطبيعة العامة لمرضه و شدة اضطرابه يكون له الاهتمام الأول، أما إذا كانت معطيات التشخيص تستخدم لوضع برنامج علاجى فإن بؤرة التركيز يجب أن تقوم على وضع نموذج عاملى دينامى للمريض فى علاقاته فى مواقف حياته .

وبعد فترة من العلاج سيجد الأخصائى أو المرشد النفسى أنه فى حاجة للتأكد من أثر البرنامج العلاجى، هنا لابد أن يلجأ للتشخيص لكى يتعرف على كم التقدم العلاجى أو لكى يخطط لعلاج آخر أو تكملة علاج سابق .

كما قد يكون هدف التشخيص هو التعرف على الفئة المرضية التى ينتمى إليها المريض، وهنا نحتاج لما يسمى بالتشخيص التصنيفى، غير أنه لابد من أن نعرف جيداً بأن هذا التصنيف عادة لايكون صادقاً لأسباب سوف نتناولها ، ذلك أن هناك أنواعاً أخرى من التشخيص يستحسن أن يلجأ إليها الأخصائى النفسى غالباً .

٣ - أنواع التشخيص :

يتفق المعالجون على أن هناك ثلاثة أنواع من التشخيص هى:

أ - ***التشخيص التصنيفي:*** وهو ماعرضنا له فى الأسطر السابقة ونقدناه، حيث يحاول الأخصائى التوصل إلى تسمية مناسبة أو تصنيف مناسب للمشكلة، كأن يقال أن هذا العميل فصامى أو بارانويدى أو هستيرى.. إلخ، غير أن هذا التشخيص وإن كنا نحتاجه أحياناً إلا أنه لايفيد فى تصميم خطة علاجية خاصة طبقاً للتوجه السلوكى. ومن عيوب هذا التشخيص أنه يفترض أن الأمراض النفسية والعقلية محددة ومنعزلة كل منها عن الآخر، بينما كثيراً مانجد أعراضاً مشتركة بين جميع الأمراض العصابية مثلاً، مثل القلق، المخاوف... إلخ، كذلك فى مجال الذهان، بل وفى مجالات اضطرابات الشخصية والجنس والسيكوباتية، فأعراض كثيرة قد تمتد فى كل هذه الاضطرابات بل وأحياناً تمتد إلى مجال العصاب وهذا يدعو بعض الباحثين مثل «بريل» إلى القول بأن الأعراض متداخلة ومن الصعب أن نجد أكثر من مجرد خمس اضطرابات هى :

أ - الحالات العقلية العضوية .
ب - الذهان الوظيفى .
ج - العصاب .
د - اضطرابات الشخصية .
و - التخلف العقلى .

وجـميع الاضطرابات الأخـرى تندرج تحت أى من الفئـات الخمس السابقة .

ب - ***التشخيص النشوئي:*** لايهتم التشخيص النشوئي بمجرد البحث عن تصنيف أو اسم للمرض بل يحاول أن يتعرف على الأعراض القائمة بشكل سريع ثم يركز على عملية نمو هذه الأعراض وكيفية نشوئها .

وهو يفيد فى تلمس أسباب المرض الأصلية، وفى متابعتها والتعرف على مراحل النمو التى قويت فيها والمراحل التى ضعفت فيها. ونلجأ إليه إذا كان المعالج فى حاجة إلى التعرف على طبيعة المرض وبداية نشأته ومراحل نموه .

ت - التشخيص الدينامي: وهو يبنى على كل المعلومات التى تجمع عن العميل ثم تفسيرها ، ويتم ذلك فى ضوء النظرية التى يعتنقها الأخصائى .

وهنا ندرس الجوانب المختلفة فى شخصية العميل وقدرته وأنواع الصراعات أو مواقف الكف والانطفاء والتعلم الخاطئ .

وقد تمثل الدوافع والصراعات مركز اهتمام الأخصائى، كما لايكفى الكشف عن مواطن الصراعات بل لابد من الكشف عن الميكانزمات التى يلجأ إليها العميل للتخفيف من حدة الصراع، مثلاً هل يلجأ المريض لتفادى خبرات مؤلمة وماهى؟ وهل يبرز نقائصه ؟

ويمكن أن نتناول التعلم الخاطئ عند المريض والتعميم الخاطئ، والشروط المسئولة عن التعميم الخاطئ، أو الشروط المسئولة عن تعزيز استجابات غير مرغوبة مثلاً .

ج - أساليب أخرى: هناك أساليب أخرى مستخدمة سوف نعرض لها فيما بعد .

ثانياً: إجراءات التشخيص :

١ - تجميع معلومات التشخيص:

يتضمن التشخيص المعاصر تجميع معلومات وتقييمات من وجهات نظر متعددة ومن خلال أنشطة وجهود متكاملة لفريق علاج نفسى يتكون منه الطبيب، والمرشد أو المعالج النفسى، والأخصائى الاجتماعى. ويهدف هذا الفريق إلى تجميع المعلومات والمعطيات الآتية .

أ - معطيات طبية :

حيث يقوم الطبيب بالفحوصات الطبية اللازمة للمريض فيزيقياً وبيولوجياً بهدف الكشف عن شروط فيزيقية أو طبية مسئولة عن الاضطراب الحالى ويشتمل هذا على تقييم عمليات الأيض (الهدم والبناء ومعدله) أى تغيرات فى المخ أو القلب أو الدورة الدموية، واختبارات عن تلف المخ. وعامة يجب أن يغطى الفحص الطبى المجالات التالية:

١ - ضغط الدم ٢ - القلب ٣ - الرئتان

٤ - الجهاز الهضمى ٥ - الغدد

ويندرج الفحص النيورولوجى ضمن الفحص الطبى ويغطى :

١ - العين ٢ - الحركات .

٣ - الانعكاسات . ٤ - الإحساس .

وتنعكس أمراض المخ فى شكل إيقاعات شاذة عن المألوف، وغالباً ماتكون تردداتها غير إيقاعية ومبتورة، ومن أمراض المخ الممكن اكتشافها بالوسائل الفيزيقية الخاصة صدمات المخ. واضمحلال أو تضخم أى أجزاء فى المخ، الاضطرابات الدورية اللحائية ويمكن إكتشافها باستخدام جهاز .E. E. G (رسام المخ) .

كما يستخدم الأطباء بعض النظائر المشعة والتى ثبت أن لها قيمة كبيرة فى تتبع بعض الاضطرابات فى الجهاز العصبى .

ب - معطيات اجتماعية :

وتعطينا معلومات يمكن أن نرسم من خلالها بيئات العميل الأسرة أو المدرسة أو العمل وبالتالى يجمع الأخصائى الاجتماعى معلومات حول منزل المريض، الوضع الزواجى، السكن، التكيف الاجتماعى، الحالة المالية، ومواقف الحياة العامة، وهناك معطيات أخرى كتاريخ الحالة الصحية، الوضع فى المدرسة، نمو الشخصية، العلاقة مع الأصدقاء .. إلخ .

ج - معطيات سيكولوجية :

وهذه المعطيات هى مجال المرشد أو المعالج النفسى، ويتطلب جمعها إجراءات ومهارات عديدة لابد من دراستها تفصيلياً .

وعامة فإن هذه المعطيات بشكل كلى وعام تدور حول شكوى المريض وأعراضه وتفكيره وأطره المرجعية وصراعاته المختلفة أو أنماط تكيفه... إلخ وتجمع هذه المعطيات من خلال جلسات ومقاييس ومقابلات سوف نعرض لها تفصيلاً .

وبالطبع يتناول المرشد النفسى أو المعالج هذه المعطيات ويحاول تنظيمها على شكل خريطة يقدر من خلالها اضطرابات العميل. ويقوم التقدير السيكولوجى المبدئى للمريض على دراسة عينات من سلوك المريض ويمكن إتباع إجراءات معينة نحصل من خلالها على المعطيات اللازم كمايلى .

ملاحظة السلوك العام :

ذلك لأنه على المرشد أو المعالج أن يلاحظ سلاك العميل فى مواقف الحياة العادية من خلال عينات يمكن تحديدها، وبذلك يستطيع أن يتعرف على ردود أفعاله التكيفية وغيرها، بل يمكن التعرف بشكل جيد على

هلاوس وضلالات الذهانيين. وعامة يمكن أن نركز مبدئياً فى ملاحظة سلوك المريض على وجهتين هما علاقة المريض بذاته، وعلاقاته بالآخرين خاصة بالجنس الآخر .

علاقة المريض بذاته :

مثلاً: نلاحظ مظهره، نجده خجولاً مثلاً، غير مهتم بالصحة الشخصية، الملابس مهملة، درجة النظافة، عدوانى، اندفاعى، يهتم أو غير مهتم مثلاً بحلاقة الذقن، وإذا كانت سيدة مدى اهتمامها بملابسها ومظهرها .

بالنسبة للعلاقات بالآخرين :

علاقته بالجنس الآخر، رفض اقتراب، تحاشى واقتراب معاً، انحرافات جنسية، اتجاهه نحو الجنس، رفضه على أنه رجس وقذارة مثلاً أم تقبل وعدم رفض. سلوك صريح أم غير صريح، علاقاته بالآخرين ثابتة أم غير ثابتة، محددة أم غير محددة، عدوانية أم مسالمة .

هذا ويمكن تجميع معطيات عديدة من خلال القابلة كما سنتناولها .

(٢) المقابلة :

تتضمن مواجهة ومحادثة بين شخصين هما العميل والمرشد، وهناك أنواع متعددة من المقابلات منها المقابلة البسيطة والتى يكتفى فيها بإلقاء مجموعة بسيطة من الأسئلة لجمع معلومات تفيد فى دراسة الحالة، ومقابلة صعبة مصممة على كيف يتصرف المريض عقلياً وسلوكياً ووجدانياً فى مواقف مصممة لذلك ومتقنة، ومقابلة مركبة وهى الخاصة بالعلاج وتتضمن التقرير والعلاج أو تمثل موقفاً للتشخيص والعلاج كما فى حالات التحليل النفسى وعادة مايواجه المرشد بعض العقبات فى القابلة، فقد لايكون

العميل متعاوناً وقد يهتم بتقديم صورة مرغوبة عن ذاته أكثر مما يقدم معلومات خفيفة حول مشكلته أو ربما يستجيب على أساس مايظن أن المرشد يريده عليه أو يفكر فيه بدلاً مما هو عليه ويشعر به فعلاً، ولكى نقلل من مثل هذه الأخطاء يجب أن نحدد ونخطط للمقابلة جيداً، ونحدد أهدافها والمحتوى المطلوب اكتشافه والعلاقة المطلوب تكوينها مع المريض .

ويمكن أن تستخدم بعض المقاييس التى تسهم فى إثراء المقابلة ومن هذه المقاييس المقياس السيكاترى المتعددة الأبعاد للمرضى نزلاء المستشفى. وقد أخضع هذا المقياس للتحليل العاملى وأمكن التعرف على الأعراض التى يقيسها. (Coleman 1976, p. 267).

وهناك مقاييس أخرى - يجب على المرشد أن يعرف نتائجها، وسوف نعرض بعضها فيما يلى - تسمح للعميل أن يقدر نفسه عليها من حيث اتجاهه نحو ذاته ومدى أهميته وشعوره بالعظمة، ومدى تفاخره بإنجازاته وحاجاته، وعادة تعطى معظم التقديرات على أساس ٩ تقديرات أو ٧ أو ٥ ولابد أن تكون تقديرات فردية. كما يجب أن نعرف أن مدة المقابلة عادة حوالى ٤٥ دقيقة .

(٣) الاختبارات النفسية :

بالرغم من المسلم به حالياً أن المرشد أو المعالج الخبير يمكن أن يجمع معلومات تشخيصية عن العميل أحياناً أفضل من الاختبارات المقننة خاصة أن العميل حالة متميزة غير مقررة يحتاج إلى فهم ودراسة خاصة كما سيأتى من خلال المقابلة، ورغم هذا إلا أن للاختبارات النفسية ضرورتها وأهميتها خاصة إذا أردنا أن نتعرف على قدرات واتجاهات واستعدادات... أو إذا أردنا أن نتعرف على بناء الشخصية بشكل

موضوعى بأبعادها المختلفة هذا من جهة ومن جهة أخرى فقد استطاع كاتب هذا الكتاب وطالبة عنده أن ينتهيا إلى أسلوب جديد يمكن استخدامه بوضع مقياس خاص يجمع بين الموضوعية وتقرير الحالة خاصة فى حالات الفصام بدراسة وتقرير وقياس ضلالات فصامى معين محددة بشكل كمى وموضوعى (إلهام خليل، ١٩٨٩، إشراف أ. د. عبد السلام الشيخ).

هذا وهناك بعض الاختبارات تفيد فى كشف ديناميات بعض الأمراض وأخرى تسهم فى كشف التلف العضوى والعصبى بالمخ، ومقاييس لقياس الذكاء والدلالات الأكلينيكية:

(٤) أساليب أخرى لتجميع معلومات التشخيص :

لايقتصر على مجرد المعلومات والمعطيات السابق الإشارة إليها والمجمعة طبياً أو اجتماعياً أو سيكولوجياً، بل كثيراً مايلجأ المرشد أو المعالج المدرب لأساليب واقعية أخرى للتشخيص منها :

أ - استخدام التشريط الإجرائى فى عمليات التشخيص :

ويشير التشخيص الإجرائى إلى عمليات التعلم وإعادة التعلم التى تقوم على أسس من نظرية وتجارب سكنر. وهو يستخدم - كما سنرى فيما بعد - للعلاج أو لما يسمى بالتعديل السلوكى غير أنه يمكن أن يستخدم كذلك فى التشخيص، وهنا نضع المريض فى موقف مقنن (يمكن التحكم فى متغيراته) وتكافئه حينما تصدر عنه استجابات مرغوبة معينة مثل الضغط على رافعة استجابة لمثير معطى .

مثلاً: حينما نريد تشخيص سمع طفل اجترارى لايستطيع الكلام أو مضطرب وجدانياً ونريد تشخيص اضطراباته أو مخاوفه إن وجدت، هنا يضغط على رافعة معينة حينما يسمع نغمة محددة ويمكن أن أكافأه برؤية عروس تلعب كلما استجاب الإستجابة المرغوبة، وهى الضغط على الرافعة

كلما سمع نغمته وإذا ضغط على الرافعة بدون سماع نغمة لانكافؤه. ومن هنا يتعلم أن يضغط على الرافعة فقط كلما سمع النغمة، ثم نقدم له نغمات مختلفة الشدة وكلما ضغط نعرف أنه قد سمع، والنغمة التى لايستجيب لها بالضغط على الرافعة تكون هنا أعلى شدة لايمكن له سماعها .

كذلك فى تشخيص الذكاء بالتشريط الإجرائى نعلمه يضغط على الرافعة كلما رأى شيئين، وبذلك يمكن تقدير قدرة الطفل على إدراك المتشابهات .

ويستخدم هذا الأسلوب كما أشرنا مع الأطفال الذين لايستطيعون النطق أو لايستطيعون الكتابة .

وعادة يقابلنا كثير من المرضى العقليين ذوى اضطرابات مرتفعة وقد يتوقفون عن الإجابة فترات طويله. (Coleman, 1976, p. 549) .

ب - الإستعانة بالفحص الإجتماعى فى التشخيص :

تهتم معظم توجيهات العلاج والإرشاد النفسى حالياً بالتركيز على الفرد أو العميل، إلا أنها تؤكد أنه كثيراً ماتحتاج إلى معرفة بيئات وليست بيئة واحدة للعميل. فمن خلال هذه البيئات نستطيع أن نتعرف على مواقف الانعصابات التى تواجه المريض أو مواقف التعلم الخاطئة مما يساعدنا على رسم خطة العلاج، كذلك نستطيع أن نتعرف على علاقاته بالآخرين وسبل إشباع حاجاته وأنماط السلوك الشائعة لديه داخل كل بيئة من هذه البيئات والتى تحدد الشكل السلوكى لأدواره الإجتماعية، ويدخل ضمن هذه الإطار دوره كزوج داخل الأسرة أو التلميذ بالمدرسة أو بين الأصدقاء أو داخل عمله، كما يمكن أن نتعرف على خصائص بناء الجماعة المرجعية التى ينتمى إليها وماإذا كانت جماعة أقلية أو أغلبية.. إلخ. والأخصائى الإجتماعى هو المسئول عن جمع هذه البيانات بزيارته لهذه البيئات خاصة الأسرة .

من أمثلة ذلك فتاة جاءت تشكو المساعدة لإنقاذها من الإدمان والقلق، واتضح أن القلق كان سابقاً على الإدمان، وكان يمكن أن نعالجها هنا سلوكياً باستخدام تكنيك العلاج بالتنفير، غير أن هذا العلاج يؤدى فى بدايته على الأقل إلى رفع القلق وهو مانريد أن نتحاشاه لارتفاع القلق لديها عند مستوى قريب من حدود القلق العصابى، ومعنى هذا أنه لابد من خفض القلق، إلا أنه هنا معمم غير محدد الموضوع، ولابد إذن من البحث عن شروطه فى بيئات العميل أو المريض وقد اتضح مايأتى :

أن الفتاة متزوجة ولها أم قوية ومسيطرة وأب ضعيف مطلق للأم، مما دفع الأم التدخل الكامل فى اختيار زوج ابنتها واختارته تبعاً لمقاييسها زوج غنى ضعيف الشخصية كذلك، ولحب الفتاه لأمها رضيت بهذا الزوج الذى انشغل تماماً عن زوجته (الفتاه) بمشروعاته وتركها فريسة لخيانة زوجية، وعرضت عليه الطلاق إلا أن أمها رفضت ذلك فوقعت فى صراع بين إشباع حاجة ملحة وزوج ضعيف وأم تمثل عائق أمام إشباع حاجتها الأساسية، فرفع هذا الصراع القلق لديها ولم يستطيع القلق حل مشكلتها فكان الإدمان .

هذه المعطيات كان لابد منها لرسم خريطة إجراءات علاجية لهذه الفتاة والتى بدأت بتعلمها القدرة على رفض قرارات الأم والإبتعاد عنها وكذلك مواجهة الزوج، وفى نفس الوقت مواجهة العشيق عن طريق تعليمها تأكيد الذات والقدرة على تأجيل إشباع الحاجات، ثم بعد ذلك استخدام التنفير الذى أمكن بسهولة علاج الإدمان لشخصية قادرة على ضبط رغباتها .

وقد أشار تايلور وساندبرج سنة ١٩٦٢ إلى أهمية تقدير العوامل الموقفية فى الحالة الإكلينيكية خاصة فى مجال الإرشاد ويتضمن الخطوات الأربع التالية ·

١) التعرف على دلالة النظم الإجتماعية كالأسرة والجماعات الأخرى ذات الدلالة فى حياة المريض .

٢) دراسة خصائص كل من هذه النظم على أن نركز فى دور الأفراد المهيمنين وأشكال الاتصال والتفاعل داخل النظام .

٣) المقارنة والمزاوجة بين خصائص النظم وخصائص المرض أو الاضطراب بما فى ذلك الدور الذى يلعبه المرض مثلاً، ثم إلى أى مدى تطابق لإدراكات العميل للموقف وإدراكات الآخرين داخل هذه النظم، وماإذا كان يملك إمكانات المهام أو المسئوليات الملقاة على عاتقه أم لا .

٤) أن نحدد كيف يمكن الإستفادة إلى أقصى حد بمصادر الموقف، أى بالمتغيرات والإمكانيات المتوافرة داخل الموقف والممكن أن تيسر عمليات الإرشاد والعلاج .

أى أن عملية التشخيص لايجب أن تركز على الفرد أو العميل كعميل أو مريض فقط بل كشخص فى بيئة وموقف (Coleman, 1976, p. 551) .

جـ - تكامل معلومات التشخيص :

بعد أن تجمع معلومات كافية عن التشخيص ينبغى علينا عمل نموذج محدد وعملى للفرد، ثم استخدام هذا النموذج كقاعدة لاتخاذ قرارات العلاج والإرشاد اللازمة والتى لايمكن أن تقوم إلا على معلومات نفسية طبية، واجتماعية بشكل متكامل ومتآزر، ويشترك الأخصائى النفسى، والطبيب، والأخصائى الإجتماعى فى محاولة تفسير تلك المعطيات السابق تجميعها وتنظيمها فى صورة ناطقة، وبمطابقة التفسيرات التشخيصية العديدة نستطيع أن نرى المتطابق والمتماثل منها والمختلف، وماإذا كانت هناك جوانب عند العميل مازالت فى حاجة إلى أن تغطى بمعلومات أخرى أم

لا . وفى هذه الفـتـرة أن نصنف المرض ونحـدد خططاً مـتـآذرة ومـتكاملة لإجراءات العلاج. وبالطبع يمكن استـخدام هذه المعلومات وتنظيـمـهـا على شكل تخطيط نفسى للتشخيص فى الإرشاد النفسى والتوجيـه التربوى والمهنى والإرشاد فى مجال الزواج والأغراض الوقائية .

هذا ويمكن أن نتوقف خلال إجراءات العلاج لتشخيص مناطق سلوكية معينة وذلك باستخدام المقاييس بهدف التعرف على كيفية تقدم العلاج كما أنه من المعروف أن كثيراً من معلومات التشخيص - تحت أى توجه - يمكن الحصول عليها من خلال جلسات العلاج .

وفى بعض المستشفيات ومواقع الإرشاد النفسى المتقدم يمكن استخدام الحاسب الآلى (الكمبيوتر) فى التشخيص، فعند تجميع معلومات عن العميل يمكن أن تقدم للحاسب الآلى الذى يقارنها بعضها بالبعض ويطرح على شاشته أو عن طريق الطباعة تشخيصاً لاضطراب هذا العميل، ويمكن للحاسب المبرمج بشكل جيد أن يقدم للطبيب آخر المعلومات الخاصة بعلاج المرض، كما يستخدم فى تيسير إتخاذ قرار ما (Tomkins 1963)

ويسجل وتس Watts ثلاث سمات لعمل الحاسب فى الإرشاد النفسى هى:

١) تخزين كميات واسعة من المعلومات .

٢) مراجعة المعلومات بسرعة وبدقة .

٣) مزاوجة المعلومات المراجعة بخصائص العميل .

كما يمكن - كما يرى هوجنبوثام - Heginbotham - أن يقوم بتصحيح كميات كبيرة من مقاييس الاستعدادات فى مجال الخدمات المهنية والنفسية .

كذلك يضع سوبر Super أربعة أنسقة لمراجعة وتخزين المعلومات خاصة بما تساعد العملاء فى العثور على فرص فى مجال معين .

أ - أنسقة المزاوجة البسيطة: المزاوجة بين خصائص العميل ومهنة أو دراسة معينة .

ب - أنسقة مزاوجة تفاعلية interactive: وهذا البند مماثل للسابق إلا أنه يعطى للعميل قدراً أكبر من الحرية فى اختيار أى شخصية يرغب مزاوجتها .

جـ - أنسقة الإختيار لاكتشاف التفاعل وتؤدى هذه الأنظمة إلى تحليل وتلخيص مثلاً يسأل الكمبيوتر العملاء عن المعلومات التى يحبون أن يعرفونها عن مهنة معينة اختاروها، ويسمح لهم بعمل اختبارات مباشرة، وتجمع المعلومات خطوة بخطوة تبعاً لحاجتهم .

د - أنسقة تنمية المهنة: تحاول تعليم بناءاً أو أبنية مراحل الحياة والمهارات النامية المطلوبة، وتساعد العملاء على تقييم مستواهم

المهنى وتقـدم لهم إرشـادات. (through; R. N. Jones 1982, p. 441).

بعد هذا العرض السريع لأساليب التشخيص وطرق جمع المعلومات، نتعرض هنا لمثال واقعى أساسى يستخدم لتوظيف المعلومات السابقة قبل التشخيص النهائى تحت مايسمى دراسة الحالة .

نموذج دراسة الحالة وتكامل التشخيص :

هناك نموذج نمطى لدراسة الحالة على شكل استمارة تحدد البيانات والمعلومات المطلوب تجميعها بهدف دراسة وتشخيص الحالة، وعادة ماتتكون من استمارة يملأها المريض إلى الإرشاد أو العلاج، وتسمى استمارة المدخل حيث تقدم فى بداية المقابلة الأولى أو قبلها، وتغطى الاستمارة هذه المعلومات :

١) بيانات مميزة: تتضمن الاسم، العمر، بناء الأسرة وأمراضها، التاريخ الشخصى، معلومات عن الهوية وعن المرض، والحالة الزواجية، وتاريخ الإحالة (ورقم الملف إن وجد) .

٢) الخلفية التاريخية: كالولادة والرضاعة، بداية المشى، صعوبات الكلام، أمراض الكلام، أمراض قديمة وتتضمن :

أ - تاريخ تعليمى (دخول المدارس ووضعه فيها عقلياً واجتماعياً) .

ب - تاريخ مهنى مفصل (الاستقرار المهنى، وقائمة عن المهن التى عمل بها وعلاقاته الاجتماعية بالعمل .

ت - التاريخ الأسرى: عن الوالدين وشخصيتهما والصحة العقلية لهما والأخوة واحتمالات الأمراض الوراثية .

٣) نشأة وتطور المرض: يتضمن تسلسل زمنى للحوادث والمواقف المزاجية والوجدانية والسلوكية قبل وبعد المرض، والأعراض الهامة التى أدت

بالمريض إلى المستشفى أو طلب الإرشاد ويمثل هذا البند أهم البنود والتى يجب أن يركز عليها المرشد أو المعالج .

٤) المظهر الحالى والسلوك: مثل العمر الظاهرى، مظهر الجسم واللبس، عادات حركية، مستويات نشاطه، الإيجابية فى المقابلة: عدوانى، متعاون، مراوغ أو غير مهتم.. إلخ كذلك مدى الانتباه .

٥) القدرة على التركيز: هل يجد صعوبة فى التركيز، فى العمل ويمكن معرفة ذلك بتطبيق مقياس ما يقيس الانتباه مثل اختبار تسلسل الأرقام وإعادتها بشكل عادى وبطريقة عكسية .

٦) محتوى التفكير: الموضوعات الأساسية التى يدور حولها تفكيره، اتجاهاته، معتقداته، مظاهر الشذوذ فى التفكير والاستنتاج، الوساوس، السلوك القهرى أو الضلالات إن و جدت .

٧) الحالة الانفعالية والمزاجية من حيث المرح والاكتئاب والتقلبات المزاجية وشكل المزاج السائد، وملاءمة استجاباته الوجدانية للمحتوى العقلى لموضوع النقاش (ملكية ١٩٧٣، ص٩٠).

٨) الوظائف الحسية والقدرات العقلية: القدرة على فهم المواقف والمشكلات الوعى بالزمان وبالمكان، الذاكرة المباشرة والبعيدة، الاستيعاب والفهم والصعوبة فى اتباع التعليمات والذكاء .

٩) الاختبارات السيكلوجية.

١٠) الفحوص الطبية: (المرجع السابق ص٨٤-٩٣). وبالنسبة للاختبارات السيكولوجية، فكثيرون من المرشدين والمعالجين يميلون إلى استخدام اختبارات مقننة كالذكاء والتحصيل والشخصية ومقاييس الميول والاهتمامات، وهذا شئ هام إذا تم استخدام هذه المقاييس بشكل مناسب لتحقيق هدف واحد له دوره فى التشخيص والعلاج.

ويؤكد الباحث السلوكى كيلى Kelly على أهمية هذه المقاييس غير أنه يرى أننا يجب أن نكون على وعى بأن محكات هذه المقاييس خارجية وتعسفية وربما لاتعرفنا الطريقة التى يفكر بها العميل ويرى من خلالها العالم من حوله، وهذه الاختبارات رغم أهميتها إلا أنها تأخذ المعالج أو المرشد غير المتمرن إلى متاهات مضللة. (Through: Ivey. et al, 1987, p. 156)

مصادر جمع المعلومات :

١) **الطبيب:** فيما يختص بالمعلومات الفيزيقية الطبية وهو أمر لابد من الرجوع إليه مهما بدا الاضطراب نفسياً خالصاً .

٢) **الأخصائى الاجتماعى:** ويمثل مصدراً أساسياً للتعرف على بيئات العميل السابق الإشارة إليه .

٣) **الأهل ومصدر الإحالة:** ويكون دورهم كمصدر للمعلومات أساساً فى مجال الذهان والإدمان .

٤) **الاستمارات:** التى يملأها الأهل أو مصدر الإحالة أو العميل نفسه .

٥) **المقاييس النفسية:** والسابق الإشارة إليها .

٦) **المقابلة:** وتعتبر أهم وسيلة لجمع المعلومات .

وبعد جمع المعلومات من هذه المصادر، والتى يجب أن تعطى البنود السابق الإشارة إليها فى نموذج دراسة الحالة، يقوم الأخصائى بتفسيرها ووضعها على صورة تقرير تشخيصى يتضمن :

١ - اسم وعنوان المريض .

٢ - نشأة المريض والشروط المشكلة له .

٣ - ديناميات المرض، وأعراضه الحاسمة والمطلوب تعديلها .

وهنا يكون التشخيص تكاملياً جمع بين التصنيف والشروط المسئولة عن نمو المرض والأعراض الحالية والتى أدت بالمريض أو الأهل إلى طلب المساعدة .

الفصل الرابع

الاضطرابات العصابية

Psychoneurotic Disorders

مقدمة:

الاضطرابات العصابية هى: أمراض وظيفية يتميز أصحابها بعدم الإنفعال العميق عن الواقع، ونادراً مايكونون خطرين على أنفسهم أو على الآخرين. غير أنهم يتميزون بعدم الإحساس بالسعادة، وعدم القدرة على الإنتاج والمثابرة، وإحساس عميق بالقلق وبالحاجة إلى مساعدة أخصائى نفسى، كما لايحتاجون، إلا فى حالات نادرة للدخول فى مستشفيات داخلية .

ومن الصعب تحديد دلائل وعلامات الإضطرابات العصابية، غير أنه من المؤكد أن أكثر من نصف الذين يذهبون إلى الأطباء الفيزيقيين هم مرضى عصاب وليسوا مرضى عضويين، كما أن العصاب أكثر إنتشاراً بين الإناث عنه بين الذكور، وأكثر شيوعاً فى مراحل البلوغ الأولى عنه فى أى فترة أخرى من فترات العمر .

كما يختلف العصاب عن الذهان، ويبدو وجه الاختلاف كما هو وارد فى الجدول التالى:

المقارنة بين العصاب والذهان

الخصائص	العصاب	الذهان
الأسباب	العوامل السيكولوجية لها الأهمية الأولى، وأما العوامل الوراثية فهى غير محددة .	العوامل الكونية أو الوراثية لها أهمية خاصة فى بعض الحالات، والعوامل النيرولوجية تحتم المرض عادة وأما السيكولوجية فهى عوامل مساعدة .
السلوك العام	الكلام والتفكير منطقيان مترابطان، فقدان الاحتكاك بالواقع بسيط، كما لاتوجد هلوسات ولاهذاءات .	الكلام وعمليات التفكير غير مترابطين والسلوك غريب وشاذ كما توجد هلوسات وهذاءات .
التوافق الاجتماعى	السلوك بصفة عامة يتطابق مع المستويات الاجتماعية المقبولة .	العادات الاجتماعية مفقودة، والسلوك لايتفق والمستويات الاجتماعية المقبولة
التحكم فى الذات	يستطيع أن يتحكم فى نفسه أحياناً ويساعد نفسه ومن المحتمل أن ينتحر .	لابد من وضعه فى مؤسسة لمنعه من إيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين .
الاستبصار	دائماً جيد	فى أحيان قليلة قد يستبصر بحاله، ولكنه بصفة عامة يفتقر إلى الاستبصار
العلاج	العلاج النفسى هو الأساس	الاهتمام هنا بالتحكم فى السلوك، بالمركبات الكيميائية والفيزيقية، وعندما يصبح الاحتكاك بالواقع ممكناً، يجب استخدام العلاج النفسى .

الخصائص	العصـــاب	الذهــــان
التنبؤ	لايوجد تدهور، ومن المتوقع أن يتحسن بالعلاج .	قد يحدث التدهور فى الحالات المزمنة، ومن الممكن أن نقلل من الوقت الـذى يقضيه فى المستشفى .

(والتر كوفيل، ١٩٨١) .

التسلسل الأساسى لنمو العصاب:

١) حدوث خلل فى عمليات النمو، واضطرابات فى عدم النضج ترتبط بضعف نوعى فى بناء الشخصية .

٢) تقييم خاطئ أو متطرف لبعض الإنعصابات والإجراءات العامة فى الحياة كما فى حالة خطر يواجه الإنسان يهدد إحدى أهدافه مثلاً .

٣) ارتفاع متطرف لمستوى الحث ونشاط زائد مع توتر مرتفع، يقاوم الاختزال (أى مهما أعطى من إشباعات يظل التوتر مرتفعاً) .

٤) ظهور بعض أنماط ردود الأفعال العصابية بهدف إحداث توافق مع مستوى القلق والتهديد .

٥) تذبذبات إرتدادية مع مستوى منخفض من الكفاءة .

٦) موقف معقد غامض مع إحساس بعدم الإشباع وتعب مزمن يتضمن ظهور أعراض العصاب .

وتوجد هذه السلسلة سواء كان الانعصاب حادثاً أو آتياً من الخارج كما فى حالة الفشل فى مهنة ما أو من الداخل كما فى عادة أو رغبات جنسية مكبوتة، وفى هذه الحالات نجد مستوى مرتفعاً من القلق لانستطيع تقبله... (Coleman:1976 P. 193) .

ومع أن أعراض الأمراض العصابية تختلف اختلافاً واسعاً من مرض عصابى إلى آخر، إلا أن هناك أعراضاً مشتركة بين جميع الأمراض العصابية ترجع فى معظمها إلى عدم النضج وضعف الشخصية والتقييمات الخاطئة عن الذات وعن مشاكلها .

وسوف نعرض فيما يلى لأهم تلك الأعراض المشتركة فى الاضطرابات العصابية .

١ - عدم الكفاءة وضعف القدرة على تحمل مواقف الإجهاد العادية :

ينظر العصابى إلى نفسه باعتباره شخصاً أقل كفاءه، ومن هنا يتطلع إلى الحصول على مساعدة الآخرين له، وبالرغم من أنه يظهر أحياناً على أنه متطرف فى استقلاله واعتماده على نفسه ورفض أية مساعدة من الخارج فى محاولة منه لإنكار عدم قدرته أو عدم كفاءته وذلك بأن يجاهد للانتصار والسيطرة على الآخرين، إلا أن شعوره بعدم كفاءته يظهر غالباً فى بحثه المستمر عن شريك قوى يوفر له الطمأنينة والأمن .

٢ - الخوف والقلق :

طالما يواجه العصابى مواقف إجهاداً عديدة يعتبرها مصادر تهديد، فإن القلق يمكن اعتباره عاملاً سائداً وراء كل أمراض العصاب، وأحياناً يكون القلق حاداً كما فى نوبات القلق، ويمكن اعتباره عاملاً سائداً وراء كل أمراض العصاب، وأحياناً يكون القلق حاداً كما فى نوبات القلق، وبالرغم من محاولات المريض العصابى مقاومة هذا القلق فنادراً مايكون هذا الدفاع كاملاً .

ربما كان مريض العصاب على وعى بمرضه ومع عدم قدرته على مقاومة تلك الأعراض فإنه يشعر أنها غير منطقية ومن هنا يزداد قلقه وتظهر صراعات ومخاوف تتضح رمزياً فى مخاوف غير منطقية تسمى بالفوبيا (أعراض مرضية مختلفة) .

٣ - التوتر وعدم الاستقرار :

يتميز العصابى بالخوف والقلق المزمن، وينشط باستمرار ليتخذ موقفاً دفاعياً... ويرتفع مستواه الإنفعالى ويزداد توتره الجسمى عامة مما يجعله يشعر دائماً بإحساس غير سار وتوتر .

وفى دراسة عاملية «لجيلفورد» على أعداد كبيرة من العصابيين سنة ١٩٥٩ أشار إلى وجود انفعالات عصابية Neurotic emotionality ، وعدوانية عصابية Neurotic hiostility . ومن هنا فتتميز استجابات العصابيين للمثيرات الخارجية مهما كانت عادية بالانفعالية المرتفعة والتوترات العدوانية. كما يتميز العصابى بالشك نحو العالم الذى يمثل لهم مصدراً هاماً للخطر والتهديد .

٤ - التمركز حول الذات والعلاقات المضطربة :

يتميز العصابى بالحساسية الحذرة نحو ذاته ويتمركز أساساً حول شعوره وآماله وطموحه ويشعر دائماً أنه يحارب من أجل حياته ومن هنا يزداد تمركزه حول ذاته وقلقه وعدم كفاءته وتمركزه حول ذاته يمنعه من تكوين علاقات مشبعة مع الآخرين، كما تمنعه عن إدراك الشعور وإحساسات الآخرين، وعادة يتطلب من الآخرين حاجات غير واقعية .

٥ - عدم تكامل السلوك العصابى :

فمطالبه غير الواقعية مثلاً من الآخرين توضح عدم تكامل سلوكه ونقص تكيفه مع الآخرين، كما أن ارتفاع مستوى قلقه يرفع من مستوى شعوره بالتهديد والخطر مما يجعل سلوكه غير متكامل.

٦ - انخفاض الاستبصار مع مستوى مرتفع من التصلب :

مع أن العصابى يكون على وعى بمرضه إلا أنه من النادر أن يعرف إلا القليل عن أسباب مرضه وقد يتفق معنا على أن أعراض مرضه كالخوف مثلاً شئ غير منطقى ومع ذلك فإنه لايعرف سبباً لهذا الشعور ولاكيف يتخلص منه، وحتى لو عرف بعض الأسباب فإنه لايستطيع تغيير سلوكه للحصول على العلاج ذلك أن العصابى يتميز بالتصلب ومن الصعب تعديل سلوكه وقد تأكد من تصلبه وتطرفه فى دراسات (أيزنك) بإنجلترا ودراسات بإشراف دكتور مصطفى سويف بالقاهرة يرتبط بـ(-٢) (تطرف الاستجابة) .

وبالتالى لايستطيع تناول مشاكله بطريقة مرنة. وهذا التصلب هو نتيجة وسبب فى نفس الوقت لخفض إحساسه واستبصاره بالواقع، فلا يستطيع تقييم موقفه موضوعياً أو تمييز بعض السبل التى تساعد على التكيف. وكثيراً مايؤدى انخفاض استبصاره إلى ممارسة بعض الأوهام وشيوعها فى إحساساته .

٧ - الحزن وعدم الإحساس بالإشباع :

يميل العصابى غالباً إلى التشاؤم، وغير راضى عن حياته، ويظهر لديه شعور غامض بأن هناك شيئاً ما خطأ أو مفقود ، غير أنه لايستطيع

تحديد مصادر هذا الشعور، كما يميل إلى الانسحاب من مواقف التحدى العادية والضرورية لنمو الذات .

٨ - **بعض الأعراض الجسمية :**

من هذه الأعراض الشائعة لدى العصابيين - التوتر ومن الصعب إحداث جلسات استرخاء للعصابى سواء فى اليقظة أو النوم، كذلك هناك التعب من أقل مجهود - سوء الهضم - تقلص العضلات - وزيادة فى إفرازات العرق وصداع شبه مستديم - تذبذب ضربات القلب الطبى عادة لايكشف عن أساس عضوى وراء هذه الاضطرابات كما يظهر لديه أنماط معينة من الكابوس insommia nightmare واضطرابات أخرى خاصة بالنوم .

هذه هى أهم الأعراض المشتركة في أمراض العصاب غير أنه من المؤكد أنها لاتوجد كلها فى أى مرض .

أهم أنماط ردود الاستجابات العصابية :

(أهم الأمراض العصابية):

يختلف العلماء فى تصنيف وتفاصيل تلك الأمراض، غير أننا سنركز على الأمراض المتفق عليها ومن أهمها :

١ - **استجابة القلق: Anxiety reaction**

إحساس عام وعميق بالتوتر وعدم الاستقرار فى النوم وفى اليقظة وينتشر هذا الشعور فى جميع حياة الشخص، ولايمكن إرجاعه لأى موقف أو تهديد خاص .

٢ - النيروثنيا Neurothenia أو الإعياء النفسى :

ومن أعراض هذا المرض الضعف والتعب وعدم القدرة على تحمل المجهودات العادية، تكرار الشكوى من الألم والمرض وضغوط الحياة. وقد اكتشفها جيلفورد سنة ١٩٥٩ بواسطة التحليل العاملي .

٣ - استجابات انفصالية Oisociative reaction

وتمثل كذلك جزءاً هاماً من مرض الهستريا ومنها الأمنيزما، وفقدان تذكر الكلمات أو الأسماء والجوال الليلى، وتعدد الشخصية .

٤ - الاستجابات التحويلية Conversion

ويتفق على أنها جزء أساسى من مرض الهستيريا، ومن أعراضها الشلل الكلى أو الجزئى كفقدان السمع مثلاً بدون وجود سبب عضوى واضطرابات حسية وحشوية .

٥ - استجابة الخوف أو الفوبيا :

ويضعها التحليليون تحت مرض الهستيريا كذلك، وهى عبارة عن مخاوف تنتاب المريض من بعض المثيرات العادية التى ليس من طبيعتها أن تثير هذه المخاوف، ويكون المريض على ثقة من أنها مخاوف غير منطقية لكنه لايستطيع مقاومتها .

٦ - الوسواس القهرى «الحواز» Obsessive Compulsive

عبارة عن أفكار تسلطية تفرض على الشخص وتسيطر على فكره ولايستطيع التخلص منها بالرغم من أنه يعرف أنها غير منطقية .

٧ - **الاكتئاب: Depressive reaction**

عبارة عن حزن ويأس عميق وإهمال الذات ولامبالاة تامة نتيجة أحداث معينة تمر بالمريض .

٨ - هذا وهناك أنماط أخرى عديدة من أمراض العصاب كالضعف الجنسى، والبول الليلى، الفزع الليلى، ويضعها علماء التحليل النفسى تحت أنماط الهستيريا التحويلية .

وفيما يلى سوف نعرض للاضطرابات العصابية بشكل من التفصيل فى الجزء التالى من الكتاب .

١ - القلــق

Anxiety

القلق العصابى من أكثر أنماط العصاب شيوعاً ويشتمل على ٣٠٪ إلى ٤٠٪ من اضطرابات العصــاب، ولايكون للقلق هذا أى مصــدر موضوعى للخوف أو التهديد... وهنا يكون القلق مباشر بينما فى أنماط العصاب الأخرى نجد القلق بها مباشر ويرتبط بمخاوف وهلاوس وأفعال دفاعية ... إلخ .

أعراضه :

حالة ثابتة من التوتر - وعدم الاستقرار - وعدم النظر للأمور مهما، كانت بسيطة نظرة سهلة وعدم القدرة على تحمل مواقف الغموض البسيطة ويظهر على المريض اضطراب عام وصعوبة فى التركيز، ويعانى من الأرق ويكون من الصعب على المريض الحسم واتخاذ قرار ما خوفاً من احتمال الوقوع فى الخطأ - وكثيراً مايفقد الشهية للأكل - وينقص وزنه - وتزداد ضربات قلبه - كما يعانى من حالة مزمنة من الحذر والريبة وزيادة نشاط غير متكامل .

وعادة يعانى المريض من نوبات فزع حادة تستمر من عدة ثوانى إلى أكثر من ساعة - وخلال هذه النوبات- يضطرب القلب - ويظهر عليه صعوبة ودوار وعدم القدرة على توازن جسمه ولايستطيع أن يظل ثابتاً على قدميه وربما يشعر أنه مخنوق ويجاهد بصعوبة من أجل التنفس .

ويصاحب هذه الأعراض إحساسات ذاتية بالإثارة - وبأن هناك كارثة سوف تحل به - ويشعر أنه سوف يحدث أو أن شيئاً مفزعاً سوف يحدث له

فجأة - وقد يحصل على مبرر غير موضوعى عن سبب موته أو ماسوف يحدث له من كوارث، وغالباً ماتنقشع عنه هذه النوبة بعد عدة دقائق وإذا زادت عن ذلك فإن المريض يصبح فى حالة خطيرة حتى يصل لدرجة يجد نفسه قد يستغيث بدموعه أحد الذين يحيطون به ليستدعى له طبيباً .

وتختلف هذه النوبات فى تكرار حدوثها من عدة مرات كل يوم إلى مرة كل شهر أو أقل من ذلك وربما تظهر أثناء النهار، وربما يستيقظ المريض من نومه مع شعور قوى بأعراض هذه النوبة الذى غالباً يبدأ الشعور بخوف يتطور بسرعة إلى نوبة القلق .

وبين هذه النوبات يبدو المريض كأنه عادى تماماً، غير أن الفحص السيكولوجى الدقيق يكشف لنا مرضه .

ديناميات القلق :

كل منا يشعر بالقلق غير أن سببه يكون موضوعياً وسرعان مايزول بينما يكون القلق العصابى مستمراً ولايوجد وراءه سبباً موضوعياً فيما عدا بعض مواقف الإنعصاب التى قد يتخذها المريض مبرراً لقلقه العصابى بينما يمر بها الأسوياء وبطريقة عادية .

ويميل مريض القلق إلى الإنطواء - والشك وزيادة الحساسية - كما يكون مشابراً مع مستوى غير واقعى من الطموح وشعور مرتفع بالذنب. (Portnou 1959 C. shoier & Cattell 1961)ويكون من السهل أن يكتسب استجابات فوبيا (أيزنك سنة ١٩٦٠) . ويذكر أيزنك خمسة مواقف دينامية تزيد مستوى القلق .

١ - تهديد الأهداف :

يرتفع القلق العصابي عند المريض في مواقف تتطلب منه تحمل المسئولية ومواجهة إشباع الحاجات مع منافسة الآخرين وعدم شعوره بالكفاءة .

كما أن خبرات الفشل قد تؤدي إلى قلق عصابي كما في المثال التالي:

الذي يذكره (كولمان) طبيب أسنان ٣٤ سنة - بعد ١٠ سنوات من العلاج الناجح - بدأ يشعر بنوبات القلق زادت ... أثناء التشخيص اتضح أن لهذا المريض تاريخ وجداني غير آمن - فمهما كانت إنجازاته وهو صغير فإنه كان مرفوضاً مما أدى إلى شعور بالدونية وتوقع الفشل .

وحينما عاد مرة من المدرسة يخبر والديه بحصوله على درجات مرتفعة في اختبار الذكاء، فبدلاً من أن يشجعانه قالا له ولماذا لم تحصل على درجات أعلى؟ .. فلم يكن يستمتع بنجاحه في مهنته كما كان في طفولته وكان يشعر دائماً أن عليه أن يعمل أكثر، ومع ذلك لم يصل إلى مرحلة الشعور بالنجاح .

٢ - تهديد الرغبات الخطيرة :

بعض الأفعال الجنسية أو العدوانية قد تخترق دفاعات الأنا - ثم تتحقق في سلوكه مما سيؤدي إلى تدهور حقيقي في شخصية الفرد - أو قد لايستطيع تحقيقها وتظل عند مستوى وعيه ورغبته ويحدث نفس الشئ - وهنا تتضخم النزعات العدوانية والجنسية وبالرغم من خضوعها تحت سيطرته أو وعيه - وقد تكشف عن نفسها أحياناً في مسالك ملتوية كما في توهم أو إصابة الآخرين .

مثال :

طالب ١٨ سنة يعانى من نوبات قلق عميقة وقدم إلى المحكمة فى محاولة لبعض جرائم قتل البنات. أوضح التحليل أنه نشأ فى بيت غير آمن، له أم محبطة، ولم يكن جذاباً - ولم يستطع جذب الجنس الآخر له - حتى تأكد من أن الفتاة الوحيدة التى قبلته لم تعطه ميعاداً إلا بعد أن فشلت فى الحصول على ميعاد آخر أكثر تفضيلاً لها .

زاد ذلك من شعور الطالب بالنقص وعدم الأمان ونمت العدوانية ضد الجنس الآخر .

وبدأت تسيطر عليه أوهام قتل الجنس الآخر - واعترف أنه حينما كان ينفرد بفتاة تسيطر عليها فكرة عصر عنقها - وبالرغم من أنه استطاع فى البداية إبعاد هذا الشعور فإنه عاد بصورة أكثر قوة وفرض نفسه عليه وخضع لهذه الأفكار .

هذه النزعات العدوانية الجنسية كثيراً ماتسبب نوبات قلق عنيفة، وقد تنعكس فى العادة السرية أو الجنسية المثلية .

٣ - بعض القرارات الحافزة للقلق :

يتميز مرض القلق العصابى بعدم القدرة على اتخاذ القرار، وحينما يخضع المريض لأنواع من الصراعات بين بعض القيم الأخلاقية أو نتيجة لفقدان الشعور بالأمن وتهديد الذات يظهر لديه قلق حاد وشلل كامل فى اتخاذ القرار .

مثال:

طالبة جامعية كانت لديها رغبة ملحة في الزواج من رجل تحبه، وكان يصر على ممارسة الجنس معها قبل الزواج.. وكانت هى متدينة ومحافظة ومع ذلك وجدت نفسها منجذبة نحوه فيزيقياً.. مما أوقعها فى صراع عنيف

(صراع تحاشي واقتراب) ولم تستطع التركيز فى مذاكرتها وبدأت تعانى من القلق وأصيبت بنوبات قلق حادة .

فى هذه الحالة نجد أن القلق نتج من الصراع بين الشعور بالذنب من رغبتها فى ممارسة الجنس ورفضها لهذه الرغبة. وفى نفس الوقت خوفها من فقدان حبيبها إذا مااستمرت فى هذا الرفض - هذا علاوة على غموض الموقف أمامها وكانت النتيجة عدم القدرة علي اتخاذ القرار وإصابتها بنوبات قلق - كما قد ينجح المريض أحياناً فى تحقيق شيئاً من الأمن - غير أن أنماطاً من السلوك التالى تهدد هذا الأمن .

مثال:

رجل متزوج من سيدة تكبره بثمانية أعوام، ولم يعد ينجذب إليها جنسياً وبدأ ينجذب إلى نساء أصغر منها. ووقع فى حب امرأة منهن وأهمل زوجته بعد ذلك أصيب بنوبات قلق - وسبق النوبة بضعة أيام كان يشعر فيها بالقلق والتوتر، ثم تأتى النوبة فجأة .

وجد أنه كان يعانى من طفولة فقيرة وغير آمنة، وكان يشعر بعقدة النقص وعدم الأمان وتأكد هذا الشعور حينما رسب فى دراسته بالجامعة؟، وحصل على الأمان بزواجه من سيدة تكبره وأغنى منه ساعدته فى الحصول على الأمن الجاد.. أدى كل هذا إلى أنماط من الصراعات دفعته إلى خيانة زوجته وحب غير مشروع ثم نوبات القلق .

٤ - إعادة تنشيط خبرات فزع سابقة :

يندرج هنا كل مواقف الإجهاد التى تعيد خبرات سابقة مؤلمة إلى مستوى الوعى التى تنطلق من خلال دفاعات الأنا فى شكل أعراض مرضية بطريقة لاشعورية .

وفيما يلى تقرير من أحد المرضى :

وصلت إلى نقطة لا أستطيع الخلاص منها ، ولا أستطيع أن أجد لى مخرجاً من الشك الموجود بها... فليذهب الجميع إلى الجحيم - لم أعد أهتم بشئ ولم يعد لى رغبة فى العودة إلى العمل- ولم أسعد فى شئ - أصبحت أشعر بالقلق وبضربات قلبى، كل شئ يهتز أمامى.. وأصبحت أشعر أننى سوف أموت.. اتضح أن السبب المباشر لإثارة هذه النوبات هو تعيين رئيس جديد فى العمل، ونتيجة أو استجابة للنقد الذى يوجه للعمال والذى قد يسبب ضيقاً لهم، إلا أنه تسبب لمريضنا هذا أعرضاً مرضية، وقد تتبع المعالج النفسى علاج هذا المريض - ووجد أن أباه قد توفى منذ خمس سنوات، وكان يتخذ من أبيه نموذجاً وحينما كان ينقده كان يشعر بالخيبة ويذهب إلى حجرته ويبكى لعدة ساعات. ثم امتد هذا السلوك إلى المشرف فى العمل، وكان المشرف السابق يمتدحه ومن النادر أن يوجه له نقداً، بينما المشرف الجديد أعاد تنشيط خبرات مؤلمة سابقة وغير سوية .

٥ - الذنب والخوف من العقاب :

تظهر نوبات القلق نتيجة لسلوك يثير شعوراً حاداً بالذنب والخوف من العقاب.. ويعرض لنا Darlingسنة ١٩٥٢ - حالة طالب جامعى كان يعانى من نوبات قلق - وبالرغم من علاج استمر أكثر من ثلاثة شهور لم تظهر عليه دلائل الشفاء، اتضح أنه كان موجوداً فى موقف قتل فيه زميلاً له، وكبت هذا الشعور بالذنب، ولم يستطع حتى مجرد تذكر الحادثة، لم تكن دفاعات الكبت كافية تماماً، وظهر شعوره باحتقار الذات وبالعقاب فى صورة نوبات قلق تصيب الذات .

وأحياناً يكون الخوف من العقاب والشعور بالذنب نتيجة لمحاولة الهروب من زواج غير مشبع، أو عن طريق الإشباع التعويضى الجنسى..

كما فى حالة شابات غير آمنات ومنعزلات كن جميلات وموضع اهتمام للرجال قبل الزواج - أصبحن الآن متزوجات من أزواج غير مهتمين بهن. ورغبة فى الحصول على الإعجاب السابق للزواج نجد هؤلاء النساء يتجهن نحو الخارج للبحث عن علاقات زواجية غير مشروعة. وهذا السلوك يزيد من إحساسهن بعدم الأمن ويخلق صراعات عنيفة نتيجة للشعور بالذنب وتوقع العقاب - وهنا يظهر لديهن استجابة القلق مع فترات من الاكتئاب. وبالنسبة لهؤلاء اللاتى لديهن ضمير قوى يصابون بشعور عنيف بالذنب واحتقار الذات .

ومايثير الدهشة أحياناً بالنسبة لمريض القلق أنه لايظهر عليه دلائل القلق حينما يواجه موقفاً خطراً حقيقياً يتطلب ويسمح فى نفس الوقت باستجابات دفاعية .

فهذا المريض ربما يتحدى مثل هذه المواقف ونجده يميل إلى أن يعمل جيداً فى مواقف المواجهة والصراع ربما لأنه تعود على العمل تحت درجة مرتفعة من القلق .

ومرضى القلق النفسى والصراع العصابى يجدون بعض الراحة فى العقاقير المهدئة،- ويتجاوبون جيداً مع العلاج النفسى، غير أنه من النادر القضاء تماماً على القلق العام عندهم .

٢ - الإعياء النفسى

Neurothenia

تتصف هذه الاستجابات بالتعب الفيزيقى والعقلى المزمن، مع آلام غامضة وتمثل ١٠٪ من أمراض العصاب .

ومن أكثر الناس عرضة لهذا المرض الراشدون فى متوسط العمر - خاصة الزوجات المحبطات - وكذلك أبناء الطبقات الدنيا اقتصادياً واجتماعياً .

أهم أعراض هذا المرض :

الشكوى المستمرة من تعب عقلى وجسمى، وصعوبة التركيز - سهولة تشتت الانتباه - تبدو المهام البسيطة كأنها تحتاج لقوة هرقل، عادة مايقضى المريض وقتاً طويلاً فى النوم للتغلب على تعبه بغض النظر عن طول هذا الوقت وبالرغم من ذلك يستيقظ غير منتعش .

وحينما يستيقظ من النوم يجد نفسه « قرفان » ويشعر بأنه شخص ردئ لافائدة منه .

وفي الحالات القليلة التى يجد نفسه فيها منتعشاً سرعان مايصدم بأقل مثير خارجى ويعود له التعب وعدم الاستقرار .

وحتى لو كانت الأمور تسير بطريقة عادية أو جيدة، فإن التعب يزداد مع مرور اليوم، بالرغم من أن المريض قد يأتى فى المساء ويشعر بشئ من الراحة، وقد يذهب إلى السينما أو حفلة بدون أن يشعر بشئ من الإعياء النفسى.

ومن مؤثرات هذا المرض طبيعته الانتقائية، ففى أوقات مثل لعب الرياضة مثلاً أو مايشبه ذلك نجده نشيطاً عادياً، بينما فى مواجهة الأسرة أو المهنة أو الأنشطة الروتينية يظهر لديه الإعياء ونقص الحماس، وكثيراً مايشتكى من الإرهاق ونقص الإحساس والأوهام العامة، وعامة نجد عنده بعض شكاوى جسمية كالصداع وآلام الجسم وسوء الهضم، وغالباً ماتكون الشكوى عارضة غير واضحة، ويصعب عليه تقديم وصفاً دقيقاً لمرضه .

وكما سبق أن أشرنا فإن هذا المرض غالباً مايظهر عند سيدات ذات طفولة مشبعة، بينما أزواجهن يهملهن وغير مهتمين بهن .

مثال :

زوجة جامعية، متوسطة العمر تشعر بأن زوجها لم يعد مهتماً بها، يأتى متأخراً وحينما لايأتى لايهتم بها.. وذلك مع ملاحظة أنها لم تكن تعمل وتعتمد مالياً على زوجها - وتذكر المريضة أنها لم تعد تستطيع أن تتكلم بطلاقة وأنها أصبحت أكثر عصبية وأن لسانها يكاد يلصق بأسنانها لدرجة تعوقها إلى حد كبير عن الكلام، وأن كل شئ أصبح متعباً ويتطلب مجهوداً وأنها لم تعد تهتم بأن تجالس الناس وتتكلم معهم.. وذكرت كيف أنها جاهدت لكى تجعل الأشياء طبيعية ومقبولة.. حتى التليفون لم تعد تحب سماع صوته.. وأصبحت كأنها فى متاهة وتعبانة جداً.. وتجاهد كأنها فى معركة - وإذا ذهبت إلى فيلم فإنها تخرج قبل منتصف الفيلم - حيث لاتستطيع الجلوس طوال فترة عرض الفيلم .

وبعد جلسة وتقديم الإرشادات اللازمة غابت حوالى شهرين ثم عادت: وقالت «لقد أتى أخو زوجى يزورنا وتكلم معى وسلانى وكان جذاباً جداً -

ربما تندهش فى خلال يوم أو بضع ساعات أصبحت مختلفة عما كنت تماماً.. فقد أخذنى إلى حفلات عديدة وشعرت أننى أحسن كثيراً، وحقيقة فلقد قضيت وقتاً ممتعاً.. وهكذا أمرى أنه ليس الأكل والنوم.. أعنى أحتاج شخص ما يعطينى شيئاً مختلفاً. يعطينى عطفاً.. يهتم بى بما فيه الكفاية لكى نتحسن».

الديناميات :

وهناك محاولات تاريخية لتفسير هذا المرض تركزت حول مفهوم الضعف العصبى «أو ضعف الأعصاب Nerve Wakness» أو المعنى الحرفى لكلمة نيوراسينا. وكان ينظر إلى أسباب هذا المرض قديماً منذ سنة ١٩٠٢ على أنه سبب عضوى Beurd. 1902 وأنه يرتبط بالخلايا العصبية، بينما أصبح ينظر إلى هذا المرض الآن باعتباره يرجع أساساً إلى أسباب نفسية وليست حول النزعات العدوانية نحو زميل أو زوج أو شعور بالذنب .

ولكننا قد نشعر أحياناً بعدم الراحة خاصة حينما لانجد تشجيعاً أو نجبر على عمل شئ ماغير مشوق لنا، وهذا الشعور يصبح مزمناً عند مرض النيوروسينا، وبالطبع فإن هذه الأعراض قد تسبب أعرضاً عضوية فيما بعد، ومع أن هذه الأعراض قد تعقد صورة مرض النيوروسينا إلا أنها نتيجة وليست سبباً. وبالطبع فإن أعراض هذا المرض قد يشبع رغبات معينة عند المرضى كاهتمام الزوج وعدم الطلاق .. إلخ .

وفى ظل هذه الحضارة وضغوطها يرتفع مستوى قلق الأفراد على صحتهم سواء عاديين أومرضى نيوروسينا غير أن المريض يكون غير ناضج،

لايثق فى ذاته ويعتمد على الآخرين إلى حد كبير ليحقق أمنه، وأعراض المرض تساعد المريض على الهروب من التعامل مع مشاكله الواقعية.. ومن الصعب إقناع مريض النيوروسينا أن مرضه نفسى وليس عضوى .

وبالطبع فإن استخدامه للعقاقير المهدئة لايفيد إلا فى مجرد إزالة بعض أعراض القلق ويتركز العلاج فى مساعدة المريض على الاستبصار بمرضه وأن يتبنى طرق استجابة أخرى أفضل للتكيف مع مشاكله وأهدافه وننمى لديه ثقته فى ذاته .

٣ - ردود الأفعال الهستيرية التحويلية

Conversion Reaction

تمثل دفعات عصابية تظهر فيها أعراض بعض الأمراض الفيزيقية بدون وجود سبب عضوى ظاهر وراءها - وتندرج هذه الأمراض فى قائمة الأمراض الهستيرية .

وغالباً ماترتبط بألم فى الحنجرة، وصعوبة فى التنفس أو سعال هستيرى وبرود جنسى أو غثيان وقئ وفقدان الشهية العصبى Anorexia Nervosa.

وأطلق فرويد على هذا المرض اسم الهستيريا التحولية - ويرى أن وراءها طاقات جنسية منحرفة ومكبوتة، وينحرف الاضطراب الجنسى - كما يرى فرويد - إلى اضطرابات تجسمية، فالصراع الجسمى حول العادة السرية قد ينقلب إلى شلل اليد، وتظهر هذه الأعراض غالباً فى الحروب .

أهم أعراض الهستيريا التحولية :

أ - أعراض حسية :

anesthesia فقدان الحساسية: Hypethesia فقدان جزئى للحساسية Hyperthesia زيادة مفرطة للحساسية Bnalgesis فقدان الحساسية بالألم Parathesis وبعض الإحساسات الشاذة. مثل فقدان السمع، البصر، واللمس، وبعض الملموسات الحسية. وماتجدر الإشارة إليه نجد أن الأماكن التى تحدث بها هذه الأعراض لاتتطابق مع أماكن توزيع أماكن الأعصاب، مما يؤكد أن سببها نفسى وليس عضوى .

ب - أعراض حركية :

مثل شلل ذراع أو رجل واحدة، مع أن الجزء المقابل قد يتأثر، وهناك درجات من الشلل، فحركة الطرف ربما تفقد تماماً أو تقل إلى حد ما، وفقدان الوظيفة هنا يكون انتقائياً قد لايستطيع العضو المشلول الكتابة لكنه قد يستطيع لعب الورق أو عزف الموسيقى .

ومن الأعراض الشائعة ارتجاف الأطراف أو تقلصها Twitches ويؤدى هذا إلى اضطرابات فى المشى .

ومن هذه الاضطرابات مرض يسبب ضعف فى القدرة على الكلام حيث لايستطيع المريض أن يتكلم إلا همساً، وربما لايستطيع الكلام كلية بالرغم من قدرته على أن يسعل مثلاً بطريقة واضحة، ويسمى هذا بمرض ال aphonia وكثيراً مايحاول مريض الهستيريا أن يؤذى نفسه، لكنه غالباً مايلجأ إلى ذلك فى وجود آخرين، كما أنه لايصاب بنوبات الإغماء الهستيرى وهو منفرد إلا نادراً .

جـ - أعراض حشوية :

من هذه الأعراض - الصداع - ويظهر عند كثير من السيدات خاصة عند أو قبل جماع جنسى من أزواج غير مرغوبين - ومن الأعراض الهستيرية الحشوية كذلك القيئ وصعوبات التنفس - الإحساس بالبرد ومقدار فقدان الشهية السابق الإشارة إليه والذى يتمثل فى رفض الطعام أو الخوف من بعض أنواع الطعام. مما قد يسبب ضعفاً عاماً - بل وأحياناً قد يؤدى إلى الموت.

ويذكر لنا بوند Bond سنة ١٩٤٩ - حال فتاة مراهقة أصيبت بفقدان الشهية بعد خبرة جنسية غير مشروعة - بدأت أعراضها برفض كل

أنواع الطعام الذى يذكرها بهذه الخبرة سواء شكلها أو لونها أو رائحتها . وفى البداية كانت ترفض أطعمة قليلة - وتدريجياً ربطت بين هذه الخبرة وكل ألوان الطعام وانتهت إلى رفض تام للطعام، ولولا علاج ناجح فإن مثل هؤلاء المرضى ينتهون إلى الموت .

وهذه الأعراض الحشوية لاتقتصر على مظاهر عضوية بل أحياناً ماترتفع درجة حرارة المريض وتظهر عليه أعراض بعض الحميات بدون سبب عضوى .

ونتيجة لتداخل أعراض الهستيريا مع أعراض أمراض أخرى فإن التشخيص الإكلينيكى الطارئ كثيراً مايصبح مشكلة - وعلى أية حال فإنه بالإضافة إلى التكنيكات الطبية الخاصة بالتشخيص - توجد بعض المحكات التى من الشائع استخدامها للتمييز بين اضطرابات الهستيريا والاضطرابات العضوية منها :

أ - بوادر عدم اهتمام المريض بمرضه. فمع أن هؤلاء المرضى يظهرون بعض الاهتمام بأمراضهم فإن شكواهم تنصب على موضوع معين مع قليل من القلق والخوف الممكن أن يكون متوقعاً من حدوث شلل فى الذراع أو فقدان السمع مثلاً .

ب - الشلل الهستيرى لايطابق التشريحى العصبى، كما أن الطرف المشلول لايحدث له اضمحلال atrophy إلا فى الحالات النادرة جداً.

ت - الطبيعة الانتقائية لوظيفة الهستيريا حيث أن العضلة المشلولة ممكن استخدامها فى بعض الأنشطة بينما لايمكن استخدامها فى أنشطة أخرى. كما أن التقلصات الهستيريا غالباً ماتختفى أثناء النوم.

وهذه الأعراض يمكن أن تظهر وأن تختفى تحت تأثير التنويم الصناعى hypnosis أو بواسطة الإيحاء من معالج ماهر.كما أن المريض قد يستيقظ أحياناً من نومه فجأة فيستخدم العضلة المشلولة.

وبالطبع فإنه من السهل التعرف على مريض الهستيريا من المتمارض حيث يكون الهستيرى بسيطاً مهتماً بأعراضه ويرغب فى مناقشتها - بينما يكون المتمارض غير ثابت ويتخذ موقفاً دفاعياً ويكون بطيئاً فى كلامه وتداعياته خشية أن يكتشف أمره .

الديناميات :

تحاشيا بأن يكون مريضاً فأعراض المرض تحميه من مواجهة الموقف المشكل وتجعله يكسب اهتمام الآخرين. فهناك رغبة للهرب من موقف مؤلم - وأعراض المرض هى المخبأ الممكن أن يلجأ إليه لاشعورياً لكى يستطيع تحاشى هذا الموقف - وتحت تأثير موقف مشكل ومستمر فإن الأعراض تظهر كأنها أعراض مرض فيزيقى - وتصبح الأعراض بديلة عن رغبات مكبوتة - وبالطبع لايستطيع المريض أن يدرك أية علاقة بين أعراض مرضه وبين موقف الإجهاد - ومن المعروف أن مريض الهستيريا من أكثر المرضى العصابيين قابلية للإيحاء ولايستطيع تحمل المسئولية .

ويصنف لنا Miller (سنة ٩٥٨، ١٩٦٠، ١٩٦٢) حالة مرضية اسمها أليس Alice ٣١ سنة وشخصت دينامياً كما يلى:

«ساذجة - قابلة للإيحاء - مندفعة - علاقتها طفلية غير مستقرة لديها قدرة كبيرة فى تضخم الحوادث بشكل درامى - يتنازعها صراع الاعتماد وعدم القدرة على اتخاذ القرار.. ومن هنا تبحث دائماً عن شخص آخ يكون مسئولاً عن كل مشاكلها .

وهناك ديناميات أخرى توجد وراء الهستيريا التحويلية نذكر منها:

١) وسيلة لإبعاد الشخص عن موقف خطر ومؤلم.

٢) وسيلة للحصول على هدف مرغوب وذلك كما فى حالة طفل وحيد أصيب والده فى حادث أنتج اهتمام الأم والأسرة نحو الأب المصاب، وإذا بالطفل يصاب بمرض الهستيريا للحصول على قدر أكبر من اهتمام الأسرة. وقد يكون المرض محاولة للإنتقام من شخص ما هام وإشباع للمريض (حالة طالب الثانوى الفنى الذى أصيب بشلل فى ذراعه بعد خلاف مع مدرس الرياضة، وتذكر «هيلين دوتش» أنه تحت التنويم الصناعى كشف الطالب عن خبرات طفلية هيأته لهذا المرض، وقد اتخذ المدرس صورة الأب وارتبط بحريات الاستمناء التى كان يفرضها الأب على ابنه واستجاب لهذا المرض بعدوان عنيف وشعور الإثم. وترى «هيلين دوتش» أنه فيما يختص بعلاج الهستيريا التحويلية نجد أن التخلص من المرض أمر سهل. أما التخلص من العصاب فأمر صعب (ص٤٤ - ترجمة فرج أحمد). فالشلل هنا وسيلة لاشعورية لمنع الاستمناء والتخلص من الشعور بالذنب - كما أنه يحقق رغبة لاشعورية بألا يستجيب الاستجابة المرغوبة وهى الاستمناء .

٣) كما قد تمثل أعراض المرض دفاعاً ضد مواقف خطرة - وقد عرض لنا عبسى Abse (١٩٥٩) حالة مريض فى منتصف العمر يعانى من شلل كلى فى رجليه بعد أن تركته زوجته إلى رجل آخر وأثناء العلاج وجد أن لديه رغبة ملحة فى تتبع زوجته وقتلها وقتل حبيبها سوياً - ومع أن هذه الرغبة قد كبتت لاستحالة تنفيذها بالنسبة له إلا أنها استطاعت اختراق دفاعات الأنا فى صورة محرفة هى شلل الرجلين الذى يعتبر فى حقيقته دفاعاً كلياً من الرغبة فى تتبع الزوجة وقتلها.

٤) واستجابات التحويل غالباً ماتندرج من الشعور بالذنب وضرورة عقاب الذات .

٥) قد تظهر أعراض الهستيريا التحويلية بعد مرض فيزيقى أو حادثة مايصاب فيها المريض عضوياً فإذا أعطى مريض الربو الرئوى مثلاً الفرصة على تحاشى موقف أو مسئوليات معينة غير سارة إلى حد كبير فإنه ربما يعمل لاشعورياً على إطالة هذا المرض .

الإستجابات الإنفصالية :

وهى الجزء الأساسى الآخر من الهستيريا وتشمل أمنازيا Fugue Amnesia تعدد الشخصية - الجوال الليلى Somnambulism . وفى كل مدة الحالات يستبعد المريض جزءاً من حياته الواعية - والجوال الليلى أكثرها انتشاراً - بينما بقية الاستجابات الانفصالية تكون مالايقل عن ٥٠٪ من الاضطرابات العصابية (Colenan P. 212) أكثر تنوعاً فى الذكور عن الإناث .

أعراض الجوال الليلى:

عادة مايذهب المريض إلى النوم بشكل عادى - ولكنه يستيقظ أثناء النوم ويعمل أفعالاً معينة - وقد يذهب إلى حجرة أخرى فى المنزل وقد يخرج من المنزل ثم يعود إلى سريره - ويستيقظ بدون أن يتذكر شيئاً مما حدث أثناء السير أو الجوال الليلى - تكون عيون المريض مفتوحة كلية أو جزئياً، ويتحاشى المعوقات ويستمع إذا ماوصل إلى أذنيه أصوات.. وعادة يستجيب للأداء مثل تلك التى تأمره بالرجوع إلى السرير - والصوت المرتفع فى أذن المريض عادة مايوقظه ويكون مضطرباً ومندهشاً. وغالباً مايستمر هذا الجوال من ١٥ إلى ٣٠ دقيقة .

وبعكس ماهو شائع فإن كثيراً من هؤلاء المرضى يؤذون أنفسهم، ويذكر لنا «كولمان» أن مريضة صدمتها سيارة أمام منزلها حينما كانت تعبر الشارع وهى نائمة. كما أن هناك اعتقاد شائع بأنه من الخطر إيقاظ المريض أثناء جواله - غير أنه لايوجد دليل على ذلك .

وبالطبع يظهر على هؤلاء المرضى أمراض أخرى مرضية. ففى دراسة على ٢٢ حالة - أجراها Sandler فى الجيش الأمريكى وجد ١٨ منهم قد ذهبوا إلى أطباء نفسانيين من أجل شكاوى عضوية - كما وجد أنه بعلاج الجوال الليلى عند هؤلاء - ظهر لديهم مستوى مرتفع من القلق وتوهم المرض.

الديناميات :

تمثل هروباً رمزياً من موقف انعصاب - كما أنه يؤدى إلى تفريغ التوتر، وهنا نلاحظ أن الجوال الليلى يظهر عند الأفراد المتعرضين للتوتر الحركى.

وأثناء البلوغ - نجد أن الجوال الليلى يرتبط بالصراع الجنسى، والصراع من أجل الاستقلال. وفى الرشد يرتبط بمستوى مرتفع من القلق خاصة فيما يتصل بالمسئوليات واتخاذ القرار. ويذكر Sadler ١٩٤٥ أن السبب الأساسى فى الحالات التى قام بدراستها هو وجود خبرات مفزعة، وأحياناً كما يرى «كولمان».. يحاول المريض تنفيذ رغبات معينة أثناء الجوال الليلى لايستطيع المريض تنفيذها فى يقظته .

وعلاج الاستجابات الانفصالية يشبه علاج التحولية سواء بالتداعى الحر - أو التنويم .. وكذلك العلاج السلوكى ..

الأمنازيا: Amensia and Fugue

عدم القدرة الكلية أو الجزئية على استدعاء أو التعرف على خبرة ماضية. وقد تظهر عند العصابيين نتيجة لمرض أو قلق عضوى مثل delirium جراحة بالرأس - وأمراض الجهاز العصبى .

وحينما تكون نتيجة لمرض فى المخ فإنها تكون معقدة - أو تنعقد بفشلها الواقعى فى استدعاء retertion أو تسجيل معلومات، فالمادة نجد أنها تفقد حقيقة .

بينما الأمنازيا النفسية Psychogenic. قد تكون محددة فى الفشل فى الاستدعاء - فالمادة المنسية Forgotten ماتزال هناك ولكنها تحت مستوى الوعى - كما يتضح عند التنويم أو فى حالة الشفاء من الأمنازيا .

وينتشر مرض الأمنازيا فى ردود الأفعال لخبرات الفزع التى لانستطيع تقبلها أو تحملها - مثل تلك التى تحدث فى الحرب أو تحت صدمات وجدانية فى الحياة المدنية .

وفاقد الذاكرة قد يتصرف كإنسان سوى تماماً إلا أنه يفقد الذاكرة بالنسبة لبعض الأحداث- وهو يتذكر كل مايحدث ماعدا فترة معينة فى حياته - أما المريض بعته الشيخوخة فإنه يتذكر الماضى ... ولايستطيع اختزان الحديث ولهذا يتكلم دائماً عن الماضى - بينما فقدان الذاكرة الذى يحدث نتيجة الإصابة المخية فعادة مايكون للفترة السابقة على الحادث فقط .

الأعراض:

لايستطيع المريض تذكر اسمه ولاعمره ولاوالديه... أو أقاربه مثلاً... بينما يظل سلوكه الآخر سوى - وهنا قد يلجأ المريض من مشكلته إلى حالة

الشرود الهستيرى... حيث يتجول فى أماكن بعيدة أياماً وأشهر بل أحياناً أكثر من ذلك - وفجأة ينتبه ليجد نفسه فى مكان بعيد - ولا يعرف كيف أتى هنا أياماً كاملة لفترة الشرود الهستيرى- هذه - وفى الفترة قد يحدث أنواع مختلفة من السلوك قد تؤدى إلى تغيير حياة المريض وابتداء من مجرد ترك الامتحان ... إلى زواج آخر ... إلي اعتداء بالفعل - إلي الالتحاق بعمل جديد ومخالف لعمله الأصلى .... إلخ .

الديناميات :

تشبه ديناميات الاستجابة التحويلية - فبدلاً من المرض أو الشلل يحدث فقد تام للذاكرة خاصة بهذه الحادثة... ويتميز هذا المريض بالتمركز حول الذات - عدم النضج - القابلة للإيحاء - وبالطبع فإنه حينما يواجه موقف إجهاد وإنعصاب فإنه يلجأ لاشعورياً إلى المرض .

ويذكر لنا ماسرمان Masserman هذه الحالة :

وصلت السيدة/ Berico فى سن ٤٢ سنة إلى العيادة بواسطة أسرتها - فكانت قد غابت عن منزلها منذ أربع سنوات سابقة - ثم عادت أخيراً من مدينة معينة. وحينما جلست وسط والديها وزوجها وأطفالها حدث لها فى البداية اضطراب - وقلق مرتفع - وعدم قدرة على اتخاذ رأى .

وحالاً بدأت تصر على أنها لم ترهم أبداً من قبل وأن اسمها ليس Bernice بل اسمها Rose ، ثم هددت أنها إذا لم تعد إلى مدينة بعيداً عنهم فسوف تشتكى هؤلاء (أسرتها وأولادها).. ثم خضعت لجلسات تنويم ثم علاج واتضح مايلى:

أنها نشأت مع والدين متدينين... وبالرغم من ذلك كانا - يتهمان بعضهما بالخيانة ... وبدلاً من الطلاق - ظلا يتبادلان الاتهامات باستمرار

وانعكس ذلك على ابنتهما (المريضة الآن)... ونتيجة لطفولتها المضطربة والمنعزلة ارتبطت الفتاة إلى حد كبير بأختها الكبرى حيث وجدت معها الأمان - والراحة. ولسوء حظها فإن هذه الأخت توفيت حينما بلغت المريضة ١٧ سنة... وبعد ذلك دخلت المريضة الجامعة... لتجهز نفسها لعمل تبشيري... وفي السنة الثانية سكنت في حجرة مع فتاة موهوبة جذابة أسمها Rose التي ساعدت الفتاة بالتدريج أن تدخل في مواقف جديدة وتنمي ميولاً واهتمامات جديدة (P. 14) وكذلك صداقات وشجعتها على تعلم العزف على البيانو وأصبحت الفتاة مرتبطة بصديقتها الجامعية هذه كما كانت ملتصقة بأختها الكبرى. وخطبت روز لطبيب أسنان وكان الطبيب وخطيبته يأخذون فتاتنا هذه معهما في رحلاتهما وفجأة وقعت الفتاة في حب خطيب صديقتها (روز) ولم يعط الشاب هذا الحب أهمية كبيرة وسافر مع (روز) إلى كندا وشعرت الفتاة المريضة باكتئاب وعادت إلى والدتها بعد إتمام الدراسة الجامعية، وأخيراً تزوجت رجلاً بدون حب تبعاً لرغبة والديها وقضت ٦ سنوات معه في مدينة بعيدة ثم عادت مع زوجها وطفلها إلى الولايات المتحدة ... وبالتدريج لم تعد تستطيع تحمل حياتها مع زوجها الذي ازدادت مشغولياته ومسئولياته (حيث كان يعمل مبشراً) وبدأت متطلبات زوجها ولديها تثقل عليها سنة بعد سنة ... وخلال هذه الفترة كانت مريضتنا عرضة لتذكر مستمر للفترة الوحيدة الجميلة في حياتها وهي التي قضتها في السنة الأولى والثانية بالجامعة مع روز وكانت هذه الأيام تسيطر على أحلام اليقظة عند مريضتنا وأخيراً حينما وصلت هذه السيدة ٣٧ سنة مرض إبنها الصغير والمفضل إليها ثم مات في اليوم التالي. والمريضة بدون سبب معروف استمرت كذلك لمدة أربع سنوات وتحت تأثير العلاج في العيادة... قالت أنها تتذكر وبشكل غامض رحلة غامضة

ثم وصلت بها إلي المدينة التى قامت بها بالجامعة... مع أنها فقدت كل معرفة واعية عن شخصيتها وحياتها السابقة فيما عدا رمز إسمه (روز) وتحت هذا الاسم بدأت تشتغل وتتعلم البيانو ونجحت فى عملها حتى وصلت فى وظيفتها إلى مساعد مدير - ومن الغريب أنها اختارت أصدقائها من بين الذين ليس لديهم حب استطلاع على مابها (الذى كان لها صفحة غامضة سرية). وأخيراً بعد أربع سنوات تعرفت على زميلة كانت فى الجامعة تعرفها وتعرف روز الحقيقية... وبالطبع لم تستطع فى البداية التعرف على نفسها أو والدتها أو زوجها أو طفلها إلا بعد العلاج.

(Masserman, 1961 - p 35-37)

أعراض تعدد الشخصية :

يظهر على الشخص شخصيتان أو أكثر كل شخصية متميزة، وقد يتحول الفرد من شخصية لأخرى على فترات تبدأ من ثوان إلى سنوات.. وحينما تسيطر شخصية ماقد تستمر تحت مستوى الوعى وتكون واعية بما تفعله الشخصية الواعية بينما الواعية أو المسيطرة لاتكون واعية بما تفعله الأخرى الدينامية .

الديناميات :

كلنا نجرب أحياناً تعدد الشخصيات - فنحن نفعل شيئاً - ونندم على فعله. والمريض قد يتقمص شخصية أو أكثر يقوم أثناءها بما لايستطيع القيام به فى الشخصية العادية. وعامة فإن ديناميات هذا المرض أقرب إلى حد كبير من ديناميات بقية الأمراض الهستيرية .

٤ - الاستجابة الوسواسية القهرية

Obsessive Compulsive

كـانت هذه الاسـتـجـابة تندرج أصـلاً تحت مـصطلح السـيكاثينيـا (وضـعـهـا كذلك جانيـة فى القـرن التـاسع عـشـر) ، وقـد لاقت الاسـتـجـابة الوسواسية القهرية اهتماماً إكلينيكياً خاصاً فى السنوات الأخيرة. وتنتظم الأعراض التى تشكل هذه الاستجابة حول محور من الوساوس (التى تشمل المخاوف المرضية فى بعض الأحيان) والأفعال القهرية .

الوسـاوس: نستطيع أن نعرف الوسواس، ببساطة، بأنه تفكير غير معـقـول ولافـائدة منه يفرض نفسه باستـمرار على شعور الفرد. وتحيط الوساوس المؤقتة الخفيفة بكل الناس فعلاً فى عدة صور مثل: لحن موسيقى معين، أو الاهتمام بإغلاق الباب، أو مخاوف خرافية عرضية. إلا أن هذه الوساوس فى صورتها العصابية تكون دائماً مرضية فى محتواها وتتحكم فى السلوك الواعى للفرد لفترات طويلة من الوقت .

الأفعال القهرية :

الأفعال القهرية هى أفعال غير مفيدة وغير معقولة، يشعر الفرد أنه مجبر على القيام بها، وهى موجودة بشكل عرضى عند الأشخاص الأسوياء (مثلاً. النقر على الخشب، تعديل أى شئ غير منسق، انتزاع شعيرات صغيرة من نسيج الملابس... إلخ) والأفعال القهرية فى صورتها العصابية أكثر ثباتاً وسخفاً، وقد تتفاقم إلى حد أنها تعوق قدرة الفرد على ممارسة حيـاته العـادية بشكل خطير (لاحظ أننا على الرغم من أننا ناقشنا الوساوس والأفعال القهرية كل على حدة، إلا أنهما متداخلان عند المرضى العصابيين) . (والتر كوفيل وآخرون، ١٩٨١) .

الأسباب:

ترجع نظريات التحليل النفسي في نمو الشخصية الاستجابة الوسواسية القهرية إلى الإجراءات القامعة والجامدة التي تفرض على الطفل خلال فترة التدريب علي عملية الإخراج في طفولته. ولذا، تسمى هذه الشخصيات بالشخصيات الشرجية، إذ أن نموهم قد أصبح مثبتاً على هذه المرحلة من النمو النفسي الجنسي. وعلى الرغم من أننا لانجد هذا التاريخ السابق في كل حالة، إلا أننا نجد في التاريخ السابق على ظهور العصاب حياة طفلية اشتد فيها الصراع بين التمرد على مطالب الكبار وتقبلها. وبالرجوع إلى المراحل المبكرة من نمو الشخصية، نستطيع أن نربط هذا الصراع بالمطالب الأولية التي تفرض على الطفل، ألا وهي مطالبته بأن يكون نظيفاً في عاداته في الإخراج. (سيد غنيم، ١٩٧٢)

فالاستجابة الوسواسية القهرية - إذن - تظهر في الشخصيات التي لها أنماط قبل المرض تتطور في ذاتها إلى وساوس وأفعال قهرية. فتاريخ هذه الشخصية العصابية يكشف دائماً عن اهتمام زائد بالنظام والنظافة. ويميل هؤلاء الأشخاص إلى المثالية المتطرفة والضمير القاسي وهم يبذلون دائماً جهداً ملحوظاً ليقمعوا مشاعر الغضب وليكونوا عطوفين ومنصفين. ولكن الدراسة الدقيقة تكشف لنا عن بخلهم وعنادهم .

الأعراض:

تختلف الوساوس والأفعال القهرية في الأشكال التي تتخذها اختلافاً كبيراً، ولكننا نرى - بصفة عامة - استجابات معينة. فمن الوساوس التي نراها باستمرار: التفكير في أفعال عدوانية شريرة تجاه الوالدين أو الأطفال أو الزوج، الاهتمام بالعدوى والأمراض، أفكار الإلحاد تحدث لأكثر الناس تديناً، والأفكار البذيئة أو الاهتمام بالتفاصيل، وربما بأفعال جنسية

جـامـحـة. ومن الأفـعـال القـهـرية الشـائعـة: العـد، وغـسـيل الأيدى، وتسليك الحلق وتلعيب اللسان، كما نجد أشكالاً من الطقوس المعقدة وخاصة فى خلع الملابس وارتدائها .

ملاحظات عامة :

نستطيع أن نضع الملاحظات التالية بالرجوع إلى الصورة الإكلينيكية العامة للاستجابة الوسواسية القهرية :

١ - يبدو أن الضغط اللاشعورى السائد عدوانى في طبيعته، وهو عدوان عنيف وشامل حتى أن الفرد لايستطيع تقبل وجوده على المستوى الشعورى، وعلى الرغم من وجود دفعات جنسية، إلا أنها أيضاً من طبيعة عدوانية .

٢ - تكون دفعات المريض جامدة البنيان، مع مجهودات عقلية شديدة لدراسة مرضه ولكن فى صورة لغوية أو أفكار متصورة. حيث يوجد دائماً تعطيل فعلى للاستجابة الوجدانية فى علاقتها بالأعراض وبالصراع الكامن كما يتجنب القلق الظاهر إلى حد كبير. وهذه العوامل تجعل العلاج صعباً .

٣ - تظهر كثير من الصراعات العصابية الأساسية فى الاستجابة الوسواسية القهرية فى مستوى الشعور وذلك على الرغم من وجود الدفاعات بل ربما لشدة هذه الدفاعات فهذه العناصر الأساسية تتكشف لنا فى الوسواس أو فى الفعل القهرى الخاص الذى يستمر مع المريض، ولكن، نظراً لأنه ينكر بشدة الصراع الكامن، فإنه يستطيع أن يسمح له بالتعبير عن نفسه فى مستوى الشعور .

عوامل أخرى كامنة :

تعمل الوساوس والأفعال القهرية العصابية على خفض التوترات، ذلك بالتخفف من الحاجات والصراعات اللاشعورية الكامنة فالوساوس والأفعال القهرية، عندما تظهر تعمل بوصفها رمزاً للصراع. أو بوصفها إجراء دفاعياً يمنع المادة المتصارعة من الدخول كلية فى المستوى الشعورى .

فمن ناحية كونها إجراء رمزياً، تستخدم الوساوس والأفعال القهرية بحيث تظهر دفاعات الكراهية والدفعات الجنسية فى صورة مقبولة. فالوساوس التى تتناول العدوان الخفيف تمثل مشاعر كراهية حقيقة ولكنها لاشعورية يخفيها المريض. إلا أن الانفعال الكامن الحقيقى لايسمح له بالتعبير عن نفسه، وقد يكون هذا هو السبب فى أن المحتوى الظاهر للأفكار الوسواسية نادراً مايخرج إلى حيز العقل .

ويسمح السلوك القهرى بالتعبير عن الدفاعات اللاشعورية، فهو يستطيع التعبير عنها على المستوى الشعورى، ربما لأن الأفعال القهرية تتعامل مع رمز لهذه الدفعات أو لأنها تختزلها وتستطيع كل من الاستجابات الوسواسية والقهرية أن تبعد التوتر بصفة مؤقتة، ولكن يظل جوهر الصراع دون حل، فلا تستمر الراحة إلا وقتاً قصيراً لتعود الوساوس والأفعال القهرية مرة أخرى .

ومن ناحية كونها إجراء دفاعياً، تعمل الوساوس والأفعال القهرية على خفض التوتر، حيث تستخدم الاستجابة لكى تبعد الدفعات المستهجنة عن دائرة الشعور أو لكى تثبت أن هذه الدفاعات غير موجودة. ومن الأمثلة البسيطة للنشاط الوسواسى الذى يستخدم كدفاع، الحاجة إلى الانشغال فى عملية وسواسية لافائدة منها وذلك لكى يبعد الفرد عن دائرة شعوره أفكاراً أخرى أو أن الوسواس قد ينشأ بوصفه تكويناً عكسياً، فنجد الفرد مهتماً

بشكل وسواسى بنفس الموضوع الذى يهمله لاشعورياً (مثل الوالد الذى ينتابه القلق بصورة وسواسية على مصلحة طفله الذى يرغب لاشعورياً فى إهماله). كما أن الشعور بالذنب من رغبات عدوانية أو جنسية لاشعورية يستطيع أيضاً أن يؤدى إلى تشكك وسواسى أو إلى محاولات قهرية لحماية أمن الآخرين، ومن أمثلة ذلك الإهتمام الوسواسى بالتواضع والأدب أو التأكد البقهرى من إبعاد أخطار النار. كما قد تستخدم الأفعال القهرية لإبعاد الوساوس وكحركة سحرية لإزالتها. (أوتو فينخل، ١٩٦٩).

٥ - الاستجابة الاكتئابية

DepressiVe Reaction

كانت هذه الاستجابة تسمى «الاستجابة الاكتئابية للعصابية» ويجب أن نفرق بين الاستجابة العصابيه وبين الاكتئاب الذهانى (مثل السواد الانتكاسى Involutional Meloncholia وذهان الهوس والاكتئاب Manic Depressive Psychosis . والفروق الأساسية فيما بينهما هى: تظهر الاستجابة الإكتئابية العصابية دائماً بمساعدة موقف ضاغط محزن (مثل حالة وفاة أو أى صدمة أخرى) ترتبط به الاستجابة الاكتئابية مباشرة على الرغم من أنها تزداد عمقاً بمرور الوقت وقد يكون هذا الاكتئاب حاداً ولكنه لايكون مصحوباً بأفكار هذائية. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣) .

الأسباب :

على الرغم من هذه الاستجابة العصابية لايساعد على ظهورها إلا ضغط بيئى إلا أنها لاترى إلا عند الشخصيات المستعدة لها عصابياً وتتسم الشخصيات الاكتئابية بالشعور بالنقص والحساسية الزائدة والخوف من عالم معاد. ويوجد دائماً قدر كبير من الكراهية المكبوتة. فعندما يستجيب المريض لحالة وفاة نراه يستخدم الاستجابة الاكتئابية ليحمى نفسه من الوعى بمشاعره الثنائية من الحب والكراهية تجاه الشخص المتوفي وفى الشخصيات غير الناضجة يرتبط شكل الاستجابة الاكتئابية بشعور زائد بالاعتماد تجاه المتوفى .

الأعراض:

يكون المريض العصابى فى حالة الاستجابة الاكتئابية مغتماً، وتكون الاستجابة الحركية بطيئة ومتبلدة، كما يجد صعوبة فى النوم ويشكو من الضجر ونقص التركيز والتوتر. وعادة مايصبح المريض واعياً بمرضه عندما يتحقق من أنه لم يشف من تأثير حالة الوفاة أو أى صدمة أخرى بعد مرور وقت كاف عليها .

٦ - عصاب المخاوف

Phopia

عصاب المخاوف اضطراب ينتاب فيه المريض خوف شديد من موضوع معين. والمريض هنا قد يعانى من نوع واحد من المخاوف أو قد يعانى من عدد منها، فالمخاوف تختلف باختلاف المواقف والموضوعات. وتبدأ المخاوف من خبرة معينة أثارت خوفاً شديداً، ويغلب أن يكون حدوثها فى الطفولة، وقد تكبت هذه الخبرة فى اللاشعور لأنها خبرة تثير الشعور بالذنب، وخروجها إلى الشعور يكون مؤلماً للشخص. وإن كانت الخبرة المخيفة تتعلق بموضوع بذاته فإنها تمتد إلى عدة أشياء أو مواقف ترمز إلى الموضوع الأصلى. والشخص هنا لايفقد بصيرته، فهو يعرف أن خوفه المرضى سخيف خاطئ لامبرر له ولكنه يعجز عن مقاومته والتخلص منه .

الأعراض :

تتكون بعض المخاوف من قلق واضح عندما يواجه الشخص موقفاً معيناً، فقد ينتابه القلق الشديد عندما يدخل مكاناً مغلقاً أو مكاناً مظلماً أو يصعد إلى مكان مرتفع. وقد يخاف الشخص من موضوعات معينة، حيث يخاف من القطط أو الكلاب أو الحشرات أو العواصف أو السيارات أو الطائرات أو غيرها من الموضوعات. وعندما يواجه المريض الموضوع أو الموقف الذى يثير مخاوفه فإن قلقه يتراوح بين عدم الارتياح البسيط إلى الذعر. وإذا استمر على اتصال بموضوع أو موقف المخاوف لفترة من عدة دقائق إلى عدة ساعات، فإن قلقه غالباً مايقل إلى حد ما على أن الأمر لايكون كذلك فى بعض الحالات .

والمخاوف البسيطة فى الطفولة قد تستمر من بضعة أسابيع إلى ستة أشهر أو سنة، وغالباً ماتختفى تلقائياً. وإذا كانت مشاكل الطفل بسيطة فإن المخاوف قد لاتنتابه مرة أخرى. ومخاوف الطفولة الشديدة قد تختفى عادة في المراهقة دون علاج. ومخاوف المراهقة والبلوغ مالم تتأثر بالعلاج تكون أكثر ميلاً إلى الاستمرار من مخاوف الطفولة. ومخاوف البالغين تتذبذب فى شدتها، تبعاً لظروف الشخص. ومخاوف البالغ البسيطة تختفى أحياناً بعد استمرار من عدة أشهر إلى عدة سنوات. ولكن من الشائع أن نلاحظ مرضى بالغين يعانون من المخاوف عدداً من السنوات. كما تبدأ بعض المخاوف فى سنوات البلوغ المبكرة وتستمر بقية حياة المريض.

ويتخذ بعض مرضى المخاوف أسلوباً من الحياة يقلل من تعرضهم لمخاوفهم كمايتخذون طرقاً للتقليل من آلامها. فبعض الأشخاص الذين يعانون من مخاوف شديدة من الازدحام والأماكن العامة قد يجدون أنهم يستطيعون تحمل هذه المواقف إذا كان فى صحبتهم بعض الأصدقاء أو الأقارب وينظمون حياتهم على أساس أنهم لايترددون على الأماكن العامة دون صديق أو قريب. وضغوط الحياة قد تزيد من شدة بعض المخاوف. والعلاج قد يشفى المخاوف أو يقلل من شدتها على الأقل. والعوامل التى تؤثر على مسار عصاب القلق تؤثر أيضاً على مسار عصاب المخاوف. (والتر كوفيل وآخرون، ١٩٨١).

٧- الانحرافات الجنسية

مناهج البحث فى السلوك الجنسى :-

١- المناهج المسحية ٢- منهج الملاحظة

٣-منهج التجربة

١- المناهج المسحية :-

عادة ما يستخدم فى هذه الدراسات استمارات لفظية أو استخبارات أو استبيانات لجمع معلومات من عينات كبيرة من الأفراد تتضمن آلافا من المفحوصين منها :-

دارسات كنزى : من أهم الدراسات المسحية بدأت ١٩٣٨ -١٩٤٨، أجريت مرة أخرى ١٩٥٣ - بلغ عدد أفراد عيناتها أكثر من ١٢٠٠الف ذكر وأنثى أمريكى تعطى العينات الأعمار الزمنية من ١٠-٩٠ سنة .

ثم دراسة ولف Wolf Hite ١٩٨٠ حيث بنى استخبار القياس السلوك الجنسى طبقة على عدة آلاف من الإناث (أكثر من ٣٠٠ سؤال).

وقد قام كنزى بإجراءات للتقنين استباره من حيث الموضوعات والصياغة اللفظية - بينما ترك تسلسل الموضوعات بدون تقنين بحيث يستطيع الباحث العادى إعادة تسلسلها فى ضوء الشخص الذى يستبره ومن هنا اعتبر استخبار كنزى نصف مقنن .

(سويف ١٩٧٨ ، ٢٠ Sarason et al 198. P.288)

أهم النتائج التى توصل إليها كنزى :-

١- أن نسبة من يمارسون العادة السرية تكاد تكون ثابتة لا تتغير .

٢- فى دراسة Hit &Wolf اتضح أن ٨٢٪ من الإناث قررن أنهن مارسن العادة السرية .

٣- الذين مارسوا الجنس قبل الزواج من الذكور ٩٥٪.

٤- الذين مارسوا الجنس قبل الزواج من الإناث ٨١٪ فى سنة ١٩٧٤ كما ظهر من استبيان هانت Hunt .

٥- ٢٠٪ من الإناث فقط شعرن باللذة الجنسية من ممارستهن لها قبل الزواج فى مقابل ٤٠٪ من الذكور بينما ٨٠٪ من الإناث ٦٠٪ ذكور شعروا بالذنب والأسف وانتابهم نوع من القلق فيما بعد كما ظهر فى دراسات هانت ١٩٧٤ Hunt .

٦- ظهر أن العلاقة الجنسية خارج نطاق الزواج فى ازدياد خاصة عند الإناث ، بمقارنة فى عينة كنزى ٩٤٨ - إلى عينة هانت ١٩٧٤إلى عينة ولف ١٩٨٠.

٧- تزداد الإثارة الفميه عند جميع المستويات التعليمية عما كانت عليه فى عينة كنزى .

وفى دراسة كانشتوريا ولوند ١٩٨٠ اتضح أن رغبة ممارسة الجنس قبل الزواج تزداد فى أمريكا .

عند الإناث والذكور من ٥٪ سنة ١٩٥٠ - عند الجامعيات إلى ٩٪ سنة ١٩٧٠ . ومن ٢٠٪ ١٩٥٠ عند الجامعيين إلى ٧٠٪ سنة ١٩٧٠ .

وتأكد هذا فى دراسة لانديس Landis & Landis 1973 بل إن الزواج

غير الشرعى فى أمريكا زاد ١٩٧٩ ليصبح عدد من يمارسونه ٢.٢مليون ذكر وأنثى يعيشون فى شكل أزواج غير شرعيين ، وهذا بالرغم من أن المرأة ما زالت تشعر بحاجة أقوى للإشباع العاطفى والاستقرار كما انه من الصعب على الأنثى أن تغير أول علاقة جنسية لها Katchatorian & Lund . 1980

(Through Sarson et al 1982. P.295)

وربما من أجل هذا نجد أن المواليد غير الشرعيين زادوا من ٣٨ ألف سنة ١٩٤٠ إلى ١٠٧ آلف سنة ١٩٧٠ كذلك ازدادت عمليات الإجهاض والحمل غير المرغوب ونسبة وفاة السيدات الناتجة عن هذا الأمر .

(Through Bichlen 19. P.395)

منهج الملاحظة :

حيث يتم ملاحظة السلوك الجنسى أثناء أدائه فى موقف تلقائى وتقنن فى نفس الوقت ومن أهم الدراسات فى هذا المجال دراسة ماستر وجونسون حيث قاما بملاحظة وتسجيل الاستجابات الجسمانية خلال النشاط الجنسى للشريكين .

دراسة وليام ماستر وفرجينا جونسون والذى نشر فى كتاب لهما بعنوان Human Sexual response 1966 ونشرا نتائج تلك البحوث فى كتاب بعنوان Homesxuality in Perspective 1979.

واستمرت هذه الدراسة اكثر من عشر سنوات وأجريت على ٦٩٤

ذكر وأنثى معملياً وتم فيها قياس نبض القلب ، معدل التنفس - ضغط الدم، وذلك أثناء سلوك الجماع الجنسى أو ممارسة العادة السرية مع تصوير كامل ودقيق لنفس العملية .

اتضح انه لا يوجد فروق فى الاستجابات الفسيولوجية بين الجنسية المثلية والجنسية الغيرية ، كما وجد أن جميع الأفراد يمرون بأربع مراحل هى :-

أ- الاستثارة Excitement

ب- العشق والعملية Plateau

جـ- ذروة الجماع Orgasm

د- النهاية Resolution

ومن مظاهر الاستجابة المبدئية للاستثارة - الانتصاب لدى الذكر ونزول سائل دهنى بالمهبل ثم يتبع هذا ضخم جدار المهبل وزيادة طفيفة فى الخصيتين .

بالمرحلة الثانية Plateau يزداد النبض والتنفس - التوتر العضلى - تزداد خصيه الذكر حوالى ٥٠٪وتضيق فتحه المهبل ٥٠٪ تقريباً .

بالمرحلة الثالثة تقلصات إيقاعية على شكل ذبذبات سريعة لعضو الذكر مع مظاهر حث عامه للجسم ثم قذف الحيوانات المنوية، وعند الأنثى تقلصات عضلية إيقاعية للثلث الخارجى للمهبل بعد القذف يعود أعضاء الذكر إلى حالة استرخاء طبيعى ، وبعض الذكور قد يشعرون بالإشباع بدون

قذف . وعند الإناث قد يحدث إشباع أو أكثر متتاليتين - وذلك قبل مرحلة الحل إلا أن معظم الإناث يمرون بمرحلة إشباع واحدة فقط .

المنهج التجريبى :-

يهتم بالتعرف على الطرق التى تؤثر على السلوك الجنسى مثلاً ، ويمكن أن يقيس الباحث فروقاً فى مدى أو فى مستويات الإثارة الجنسية عند الأفراد واستجاباتهم لمثيرات جنسية .

(Sareson et al 1982 P. 286)

ومن أهم من اتبعه (Beach 1969) بيتسن - وألذى يؤكد على أهمية دور المواقف البيئية فى السلوك الجنسى .

وعادة فى التجريب تستخدم مثيرات معينة - صور للإثارة ويطلب من المفحوص اختبار اكثر الصور إثارة للجنس - وتقاس استجابات فسيولوجية مرتبطة بالجنس أثناء رؤية المفحوص لمثل هذه الصور. وتنتهى مثل هذه البحوث كالتى أجراها هون Hoon 1978 إلى تحديد خصائص وأنماط الصور الأكثر إثارة للجنس والأقل إثارة عند الذكر أو الأنثى .

أ- **أفلام الجنس كمثيرات للحث الفسيولوجى الحى :-**

وفى عام ١٩٥٢ ذكر كنزى أن استجابة الحث للصور الجنسية عند الإناث تكون ضعيفة عنها عند الذكور ، وكان تفسير الشائع لتلك الحقيقة أن الإثارة الجنسية عند الإناث تعتمد أكثر منها عند الذكور - على العلاقة

الوجدانية والشخصية (Schmidt 1975) .

ففى ١٩٧٨ اجرى بابرن فشر Donn Byrne & Walliam Fisher تجربة الدراسة هذا العرض استخدم فيها فيلما لزوجين خلال ممارسة جنسية – أخذت عينة من الإناث وذكور جامعيين قسموا إلى عينتين :-

أ- **بالنسبة للعينة الأولى** :- وصف لهم الزوجين (فى الفيلم) على انهما متزوجان ومتحابان .

ب- **بالنسبة للعينة الثانية** :- قيل أن الفيلم بين عاهرة وزبون عندها

فكان الغرض هو : إذا كانت المثيرات العاطفية هى التى تثير فقط عند الإناث احساسات جنسية – كما فى علاقة الحب – فان الإناث يستثرن من الموقف الأول فقط .

لم يتحقق هذا الغرض حيث اتضح أن الإناث والذكور استثيروا بشكل مرتفع فى الموقفين كما كانت الاستجابات الفسيولوجية فى الموقف الأول مثل الثانى عند الإناث والذكور .

ومع هذا كان تقدير الإناث للفيلم فى الموقف الثانى اقل من تقدير الذكور له من حيث الاستثارة ويرجع ساراسون هذه النتيجة الأخيرة إلى موقف التعليم الاجتماعى .

(Through Sarason P. 291)

ب- **الأدب الجنسي الصريح - والعدوانية الجنسية** :-

ويقصد بالأدب الجنسي - الأفلام المتعارف عليها في مجتمعنا إنها جنسية فاضحة - أو حتى مجرد صور عارية من خلال دراسات قام بها بروان ميللر اتضح أن هذا الأدب أو الفن خاصة ما يتضمن سلوك العنف أو الاغتصاب لا يسمح فقط بحدوث جرائم جنسية بل يدفع إليها.

(Brow Miller 1975. P. 444)

وفي دراسة ١٩٨١ أجريت دراسة على عينة من الذكور- اخضعوا لموقفين الموقف الأول لاحظوا فيلماً جنسياً كانت المرأة فيه في حالة رعب وقد اغتصبت بالقوة في الموقف الثاني كانت المرأة موافقة على المشاركة الجنسية في الفيلم . .

كلا من الموقفين انتجا حثاً فسيولوجياً مرتفعاً . ولم سؤل المفحوصين أن يذكروا اكبر قدر من التخيلات الجنسية التي تستثيرهم وجد أن الذين تعرضوا لرؤية فيلم الاغتصاب ذكروا أوهاماً جنسية تدور حول الاغتصاب والعنف Neal Malamith 1981 .

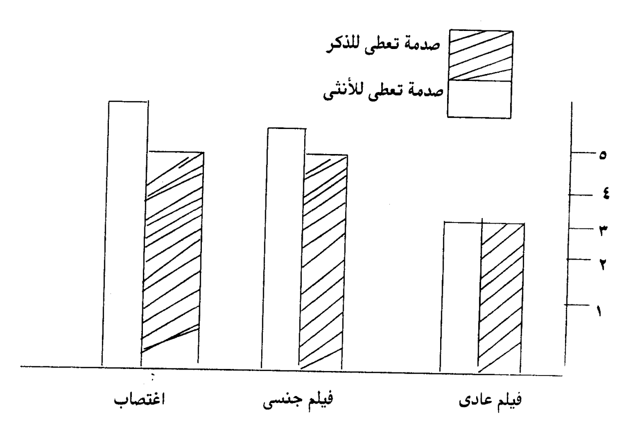
وفي سنة ١ ٩٨١ اجرى ادورار دورنرشتين تجربة حول اثر رؤية فيلم جنسي به عدواناً على سلوك العدوان عند الذكور - رأى الذكور - فيلماً عن اغتصاب امرأة وفيلماً آخر عادى - ثم يسمح للأفراد بإعطاء صدمات كهربائية مختلفة الشدة لشخص يتعلم مهمة ما (ذكر + أنثى) ويقاس سلوك الفرد العدواني بمستوى شدة بالصدمة التي يعطيها الفرد المتعلم حينما

يخطئ فى مهمته (لم يأخذ المتعلم فى الحقيقة صدمه تماماً كمـا فـى تجربـة ميلجرام) .

أهم النتائج :-

وجد أن الذكور الذين شاهدوا فيلم الاغتصاب كانوا يعطون صدمات كهربائية اقوى للأنثـى عنـها للذكـر - ممـا يعنـى أن الفـن الصريـح والأدب الكشوف يؤدى إلى زيـادة عدوانيـة الذكـور نحـو الإنـاث ممـا قـد يزيـد مـن معدلات الاغتصاب ثم العدوانية بالتالى نحو الإناث وهكذا.

(Through Sarson et al 1982. P. 293)



٣- المازوخية : والمصاب بهذا الاضطراب وهو عـادة أنثـى لا يشـعر بالمتعـة الجنسية إلا بمقدار ما يتسع عليه من أذى من شريكه الجنس وقد تمتـد

السادية والمازوخية خارج العلاقة الجنسية إلى حياة المضطرب العادية فيؤذى من يحبهم و الثانى يعشق من يؤذونه فيه .

٤- هناك اضطرابات وانحرافات جنسية عديدة أخرى مثل جماع الموتى والحيوانات - والشق المرتفع خاصة عند الرجال ،والبرود الجنسى عند الزوجات - والضعف الجنسى خاصة عند الرجال مثل صعوبة الانتصاب ، القذف السريع .

هذه الاضطرابات اتضح أن كثيراً منها ينتشر بشكل خطير كما ظهر من دراسة ماستر وجونسون حيث اتضح أن نصف المتزوجين قد مارس كل منهم اضطراباً جنسياً ولو مره واحدة فى حياته .

وفى دراسة لروينشنين وآخرون ١٩٧٨ على عينه من الأزواج اتضح أن ٨٠٪ قرروا أنهم سعداء فى زواجهم ، ٨٥٪ قرروا أن علاقاتهم مشبعة بشكل متوسط ، ٤٠٪ قرروا أنهم يواجهون مشكلة القذف السريع ، بينما ٦٠٪ من الإناث قررن انهمن لم يصلن الى مرحلة الإشباع ولو مرة واحدة.

(Through Sarason et al 1983. P.302)

أهم الانحرافات الجنسية

أولاً الجنسية المثلية :-

والجنسية المثلية تشير إلى انجذاب الرجل إلى رجل أخر جنسياً ، والمرأة إلى أخرى جنسياً - بل قد تتم معاشرة بينهما كزواج .

اضطرابات السلوك الجنسى .

تسمى أحياناً انحرافات السلوك الجنسى ، وتعنى أى سلوك جنسى ينحرف عن المعيار الاجتماعى عن السائد فى جماعة ما ، أو الذى لا يؤدى إلى الغرض منه كالإشباع للطرفين والتناسل أو الإنجاب كما يشير إلى كل سلوك جنسى يتم عن غير الطريق الطبيعى أو بدون رضاء الطرفين حيث يسمى اغتصابا أو السيطرة على الضحية بشكل غير أخلاقى غير مشروع كالتخويف أو أى وسيلة لكف الفعل عند الضحية أو جماع القاصرات أو الشراء أو الإغراء بأهداف خارج العلاقة المشروعة .

من هنا نتعدد مظاهر الانحرافات الجنسية ، وسوف نشير باختصار إلى معظمها ثم نتناول بعضا منها بالتفصيل :-

من هذه الانحرافات ..

١- Fetichism حيث يستطيع المضطرب بأن يشبع جنسيا من مجرد اثر أو رمز يرمز للجنس الأخر مثل ملابس داخلية أو حذاء لا مرآة، وقد ذكرنا قضية مشهورة بأمريكا لشاب كان يغتصب الفتاة ثم يخنقها ويحتفظ بفرده حذاذها ، حيث يعتبر هذا الرمز متعة جنسية أحيانا إشباع بديلا عن الجنس الطبيعى .

٢- **السادية** : حيث لا يشعر المضطرب بالمتعة الجنسية إلا إذا أوقع أذى بشريكه الجنس بدءا من خدش بسيط إلى التعذيب والقتل كما كان يفعل المركيزى الفرنسى المشهور دى صار -وعادة تنتشر عند الرجال بدرجات

متباينة .

وحتى ١٩٧٣ كـانت تعتـبر مرضـاً نفسـياً فـى أمريكـا حتـى قـررت جمعيـة الطـب النفسـى الأمريكـى بعـد ذلـك إنـها ليسـت مرضـاً ، وأن الاكتئـاب ومشـاعر الحـزن لديـهم يرجـع إلى رفـض المجتمـع لهـم لا إلى الجنسية المثلية Diamonod and Karlen 1980 بل أن ماسـتر وجونسـون فـى دراساتهم للسلوك الجنسى انتـهيا إلى أن لشـريكين هنـا عـادة يكونـوا اكـثر إخلاصا ولديهم وقت للمداعبات ولا يوجد أية فروق جنسية فى الاسـتجابات للإثارة الجنسية بين هؤلاء الأسوياء .

يرى مينش Mench 1970 أن هناك مجتمعات لم تعتـبره اضطرابـات وان هذا يرجع لثقافة المجتمع (Wolmon 1965.P. 1073) وعامة فإن الثقافة العربية تعتبره اضطراباً وتستند على أساس منطقى بأنه انحراف عن طبيعى الجنس ذلك أن القاعدة لكى تصبح سـوية نتسـاءل مـاذا يحـدث لـو أصبحـت قاعدة عامة ؟ فمثلاً العدوان مرفوض لو أصبح قاعدة لما كانت عناك مجتمعات والمرض العقلى والنفسى .. فماذا لو كانت الجنسية المثالية قـاعدة عامـة لكـل البشر؟ أنها حق لكارثة مؤكدة .

وعامة فقد اتضـح أن هـذا الاضطـراب ليـس وراءه سـبب هرمونـى أو جينى وأن علاجه النفسى فعال ومؤكد كما أكد Mensh .

(Wolmon 1965.P.1075)

ويـــرى فرويد وكنـــزى أن الجنسية المثليـة موجودة عند الجميـــع

بدرجات متفاوتــة ، وتمتـد علـى متصـل مـن الجنسـية الغيريـة الكاملـة إلى الجنسية المثلية الكلية وبينما درجات وسطى متباينة على هـذا المتصـل، ولم يعرف بعد لماذا يصاب النـاس بالجنسـية الكليـة وبينـها درجـات وسطى متباينة على هذا المتصل ، ولم يعرف بعـد لـماذا يصـاب النـاس بالجنسـية المثلية ، إلا أن العلاج يسبقه دراسة حالة وتشخيص ثم خطة عـلاج مناسـبة للحالة النوعية هذه .

وفى دراسة بمعـــهد كـنزى بأمريكـا تحـت إشـراف بيـل ، ويـنـبرح Aller Bell & Marlin Weinberg 1978 ، اتضح وجود خمس صور مـن الجنسية المثلية .

١- يعيشون على شكل زوجين فى حياة مستقرة : كما لو كانا متزوجين ومن النادر أن يبحث الشريك عن شريك أخر خـارجى ، وعـادة ينتشـر هـذا النوع عند وبين الإناث – حيث من الصعب على الأنثى أن تغير شريكها الجنسية – بعكس الرجل فانه من السهل عليه تغيير شريكه الجنس .

٢- زوجين اقل ارتباط من السابق ، وأقل سعادة وأقل استمرارية عادة ينتشر بين الذكور .

٣- جنسية مثلية وظيفية : هنـا يكـون الفـرد منفـرداً لا يعيـش مـع شـريك محدد ، بل يبحث دائماً عـن شـريك حياتـه حـول الخـبرة ، بـل إنـها تستغرق معظم وقته وتشكيل علاقاته ونادراً ما توجد عند الإناث .

٤- الاضطرابـــات الوظيفية : يكـــون غير سعيد وأقل توافقاً . يشعر بعـــدم

الكفاءة الجنسية ويندم دائماً على انه يتصف بالجنسية المثلية .

٥- اللاجنسى : لدية مستوى منخفض من النشاط الجنسى ، وضعف فى القدرة الجنسية .

بعض هذه الفئات المضطربة قد يمارسون الجنس العادى .

ثانياً : الاغتصاب .

وهو ممارسة شخص ما للجنس مع أخر كرهاً منه أو باستخدام القوة وليس برضاه ،وخاصة يقع من رجل على امرأة ومن راشد على أطفال ويرى ساراسون أن هناك بأمريكا امرأة تغتصب كل ثانية . وفى كل حالات الاغتصاب يقوم المغتصب بتهديد الأنثى باستخدام السلاح (Huersh1977).

وتمثل خبرة الاغتصاب اكبر الأحداث المؤلمة لدى المرآة طوال حياتها فالفعل الجنسى عهنا الذى يقع منها كرها منها وبشكل غير شرعى يمثل إهدار لكرامتها كما قد تصاب أثناء الاغتصاب باستجابات عدوانية من المغتصب وقد تتبول أو تتقيأ أو يغمى عليها الخ. كل هذا يترك آثارا سيئة عميقة فى وجدانها تنعكس فى فقدان الثقة فى الآخرين ورغبتها المستمرة فى تغيير محل أقامتها وتغيير معارفها ، ومع نوم متوتر متقطع ، وغالباً ما تصاب بأعراض تسمى أعراض صدمة الاغتصاب من هذه الأعراض علاوة ما سبق قلق ، خوف عام غير محدد - تأنيب الذات - سرعة الغضب ، عادة بعد خبرة الاغتصاب بعده أسابيع تشعر الضحية بالألم فيزيقية خاصة الصداع وصعوبة النوم والغثيان ، بعد ذلك تأتى مرحلة لاحقة تزيد فيها

عصبية الضحية فى التعامل مع الآخرين مع خوف من الاغتصاب مرة أخرى، وظهور كوابيس وأحلام مفزعة ، وعادة لا يشعرن بمتعة السلوك الجنسى حتى مع الأزواج وبشكل مستمر .

قد يمتد الاغتصاب إلى الرجال . حيث قد يمر الرجل بخبرة ومذلة الاغتصاب فى الجنسية المثلية – عادة يحدث هذا بين المراهقين والأطفال أو بين الراشدين فى السجون والشاب فى المؤسسات العقابية، حيث قد يخضع سجين أو نزيل لعملية اغتصاب من شرذمة من نزلاء السجن معه ، وتمثل هذه الخبرة تغيرات سيئة فى شخصية الضحية قد تستمر طوال حياته .. ومع استلامه لهذه الشرذمة قد يتحول إلى جنسية مثلية يقوم فيها بدور الضحية .

اغتصاب الأطفال :-

بينما عادة ما نجد مغتصبى الإناث غرباء ، نجد مغتصبى الأطفال من ذكور أو إناث – عادة أقارب وربما من أعضاء الأسرة ، وغالبا ما يكون الأطفال بنات المغتصب راشد ، كما أن معظمهم من مستويات ثقافية دنيا.

وقد ركزت معظم الدراسات فى هذا المجال على تتبع التغيرات إلى تطرأ على شخصية الضحية وهى طفلة مغتصبة حتى أن تصل سن الرشد وذكرت أنماط السلوك التى تظهر على هؤلاء مع كل مرحلة عمريه زمنية بعد واقعة الاغتصاب فى الطفولة .

وفى دراسة ميسلمان ١٩٨٠ تم مقارنة عينة مرضى نفسانيين،

سيدات سبق اغتصابهن فى مرحلة طفولتهن . اتضح أنه لا يوجد فروق بين المجموعتين فى التوافق النفسى عامة فيما عدا مشكلات جنسية تظهر فى سن الرشد لضحايا اغتصاب الطفولة Meiselman 1980 وعادة تكون خبرة الاعتداء محزنة وعميقة وتستمر مع الضحية بقية حياتها خاصة إذا ما حدث الاغتصاب فى سن ١٢- فيما فوق ، غالبا تؤدى الخبرة إلى مرض عقلى عند البعض والى اضطرابات مختلفة فى السلوك ، بعكس مـن تم الاعتداء عليهن فى التاسعة . إلا أن الآثار السيئة عامة تستمر مع لضحية طوال حياتها .

شخصية المغتصب :-

تتصف شخصية المغتصب بالعدوانية أكثر من الجنس المرتفع ، ففى دراسة ١٩٦٥ أكد هارد وآخرون أن ٣٣٪ من المغتصبين يشبعون العدوان أكثر من الجنس . ويعانون من اضطرابات سيكوباتية ، يدعم هذا أن نصف المغتصبين متزوجين أى قادرين على الإشباع الجنسى بطرق مشروعة وليس معنى هذا انهم بالضرورة مرضى فى مناطق سلوكية أخرى ، بل قد يبدو أسلوبا تماما – ففى دراسة ١٩٧٧ انتهى رادا Rada إلى أن معظم المغتصبين ليسوا مرضى عقليين فى مناطق سلوكية أخرى فيما عدا الاندفاعية والعدوانية .

وعادة يكون السن المغتصب من ١٦-٢٤ مع بعض الشذوذ خاصة إذا صاحبة اضطراب عقلى وظيفى أو عضوى . عادة من مستويات وينالـه علاقـة

جنسية متعددة ، سريع الاستشارة الجنسية خضع لتنشئة قاسية كما اتضح أن المغتصب يميل عادة لاستخدام القوة بشكل مادى مع الضحية أثناء الجماع.

تصنيف المغتصبين

(الجزء التالى مأخوذ من د. عبد المنعم توفيق رسالة دكتوراه مودعة بمكتبة آداب طنطا ص ٢١).

يصنف أوليفين ١٩٧٤ إلى :-

١- **المغتصب المتردد**: عادة يكون متردداً ، يحتاج إلى إثبات رجولته وفى نفس الوقت يحتقر ذاته ويكره المرآة تجده هادئ ولطيف لدى جيرانه وزملائه وأسرته غير مستقر وجدانياً .

يغتصب عن طريق التهديد ، يتوقع أن يحظى بالحب واللطف والعطف من الضحية .

٢- **المغتصب العدوانى** : غالباً طبقة دنيا - يستخدم العنف والاعتداء الجنسى ، يمتد على الطبقات الأعلى من طبقته - لكن إذا قاومته الأنثى فعادة يتراجع ومن الأفضل لها ان تقاومه ، حيث ينعكس التراجع عنده فى عدم القدرة على الاستمرار فى استخدام العنف .

٣- **المغتصب السيكوباتى** - المندفع : عدوانى مندفع - لا يهتم بنتائج عمله ولا يراعى الآخرين وحيث علاقاته مفككة مع المجتمع ، وعادة يتم أو يقوم بالاغتصاب حينما يسطو على شقة أو منزل . هدام منحرف لا يتحكم فى انفعالاته .

٤- **المغتصب السادى** : عنيف فى عدوانيته ووحشى عادة يعانى من

القصور الجنسى ومـع أنـه يبـدو متوافقـا مـع حياتـه - غـير أن أثارتـه الجنسية ترتفع كما يتعمق إشاعة عن طريق وحشيته وبقدر ما يوقع من أذى على الضحية .

الشروط التى تسهل الاغتصاب :

عامة تتم عملية اغتصـاب السـيدات مـن غربـاء ، غـير أن اسـتخدام الذكور للقوة يكون شائعا حتى مع الجيران والزملاء والأقارب .

وفى بحث مسحى بجامعة بوروميو Burdtie علـى ٨٢ اتضـح أنـه خلال عام واحد فقط سابق علـى البحـث فـإن اكـثر مـن نصف العينـة مرنـة بمحاولات استخدام القوة من أحد الجـيران أو الأقـارب أو الزمـلاء للحصـول على شئ ما يرتبط بالجنس كالقبلة .

وبالرغم من أن القوة أو التهديد باستخدامها لا يتـم فعـلا فـى بعـض الحالات إلا أن اكثر من ثلث الحالات التى يتم معها هذه التهديدات خضعت فعلا للتهديد وتم السـلوك الجنسـى - بينـها وبـين المغتصـب بـالرغم مـن أن الضحية قررت إنها لم تكن ترغب فى الجنس (Kevin & Parcell 1977) كل هذا بالطبع داخل مجتمع أمريكى له ثقافة مغايرة تماما لمجتمعنا ،ومـن المعروف أن التباين الثقافى له تأثيره الواسع على مثل هـذا الأسـلوب وعامـة فان هناك شروطا محددة تسير عملية الاغتصاب منها .

١- اتضح أن ٨٢٪ من المغتصبين والضحايا يعيشون فـى منطقـة واحـدة منـهم ٦٨٪ جيران .

جنسية متعددة ، سريع الاستشارة الجنسية خضع لتنشئة قاسية كما اتضح أن المغتصب يميل عادة لاستخدام القوة بشكل مادى مع الضحية أثناء الجماع.

تصنيف المغتصبين

(الجزء التالى مأخوذ من د. عبد المنعم توفيق رسالة دكتوراه مودعة بمكتبة آداب طنطا ص ٢١).

يصنف أوليفين ١٩٧٤ إلى :-

١- **المغتصب المتردد**: عادة يكون متردداً ، يحتاج إلى إثبات رجولته وفى نفس الوقت يحتقر ذاته ويكره المرآة تجده هادئ ولطيف لدى جيرانه وزملائه وأسرته غير مستقر وجدانياً .

يغتصب عن طريق التهديد ، يتوقع أن يحظى بالحب واللطف والعطف من الضحية .

٢- **المغتصب العدوانى** : غالباً طبقة دنيا - يستخدم العنف والاعتداء الجنسى ، يمتد على الطبقات الأعلى من طبقته - لكن إذا قاومته الأنثى فعادة يتراجع ومن الأفضل لها ان تقاومه ، حيث ينعكس التراجع عنده فى عدم القدرة على الاستمرار فى استخدام العنف .

٣- **المغتصب السيكوباتى** - المندفع : عدوانى مندفع - لا يهتم بنتائج عمله ولا يراعى الآخرين وحيث علاقاته مفككة مع المجتمع، وعادة يتم أو يقوم بالاغتصاب حينما يسطو على شقة أو منزل . هدام منحرف لا يتحكم فى انفعالاته .

٤- **المغتصب السادى** : عنيف فى عدوانيته ووحشى عادة يعانى من

القصور الجنسى ومع أنه يبدو متوافقا مع حياته - غير أن أثارته الجنسية ترتفع كما يتعمق إشاعة عن طريق وحشيته وبقدر ما يوقع من أذى على الضحية .

الشروط التى تسهل الاغتصاب :

عامة تتم عملية اغتصاب السيدات من غرباء ، غير أن استخدام الذكور للقوة يكون شائعا حتى مع الجيران والزملاء والأقارب .

وفى بحث مسحى بجامعة بوروميو Burdtie على ٨٢ اتضح أنه خلال عام واحد فقط سابق على البحث فإن اكثر من نصف العينة مرنة بمحاولات استخدام القوة من أحد الجيران أو الأقارب أو الزملاء للحصول على شئ ما يرتبط بالجنس كالقبلة .

وبالرغم من أن القوة أو التهديد باستخدامها لا يتم فعلا فى بعض الحالات إلا أن اكثر من ثلث الحالات التى يتم معها هذه التهديدات خضعت فعلا للتهديد وتم السلوك الجنسى - بينها وبين المغتصب بالرغم من أن الضحية قررت إنها لم تكن ترغب فى الجنس (Kevin & Parcell 1977) كل هذا بالطبع داخل مجتمع أمريكى له ثقافة مغايرة تماما لمجتمعنا ،ومن المعروف أن التباين الثقافى له تأثيره الواسع على مثل هذا الأسلوب وعامة فان هناك شروطا محددة تسير عملية الاغتصاب منها .

١- اتضح أن ٨٢٪ من المغتصبين والضحايا يعيشون فى منطقة واحدة منهم ٦٨٪ جيران .

٢- غالبا ترتكب الجريمة فى محل إقامة المجرم وليس الضحية .

٣- غالبا للمجرم وأحيانا للضحية سجل إجرامى سابق.

٤- سوء سمعة الضحية (يوضح أهمية احترام الأنثى للقيم الاجتماعية) وبعض العوامل كالقرابة والعلاقة مع المجرم تسهم فى الاغتصاب .

٥- معظم المغتصبين يتوقعون ان المرأة تعنى نعم حينما تقول لا - أنها فى نهاية الأمر تستمتع بالجنس حتى لو كان اغتصاباً .

٦- الإناث المضربات لا يتعرضن للاغتصاب .

٧- بالطبع فإن التعاطى والثمالة (السكر) تسهم فى تيسير الاغتصاب بالرغم من أن معظم هذه العقاقير يضعف القدرة الجنسية .

(عن د. توفيق عبد المنعم - رسالة دكتوراه ،مكتبة آداب طنطا)

علاج انحرافات السلوك الجنسى .

بالطبع لن نعرض لمناهج لاج هذه الاضطرابات ، خاصة وأنها معروضة فى معظم كتب الإرشاد والعلاج النفسى ، وقد عرضنا لها فعلاً فى كتاب يحمل عنوان هذا الاسم . ويقوم العلاج بالاستفادة ، بكل علم النفس فى تعديل السلوك المنحرف ، وهنا سوف نعرض فقط لمعالم أساسية للعلاج تنير الطريق للقارئ لمزيد من القراءة .

ومن الذين تخصصوا فى علاج انحرافات الجنس ، ماستر وجونسون حيث قاما بعلاج ٧٩٠ ،وتطورت أساليبها العلاجية بعد ذلك على يد آنون ١٩٧٦ لايبكولو ١٩٧٦ Annon , Laprccolo وتدور حول التعليم المضطرب

السلوك الجنسى السليم مع تعديل الاتجاهات والتقرير المعرفى السلبى للموقف .

كما تعطى واجبات وتدريبات منزلية توعية لمساعدة الزوجين (مثال : علاج حالة قذف سريع – أدى لطلاق ..) ونعلمهم كيف يثير كل منهم الآخر وكيف يتغلب على مخاوفه وعلى عمليات الكيف .

ومن أهم البرامج العلاجية تلك الخاصة بتعليم الزوجة كيف تصل مع زوجها إلى قمة الاستثارة وقمة الإشباع النهائى .

ويتطلب هذا أن نبدأ بالكشف عن معتقدات واتجاهات المضطرب نحو الجنس ،وعامة فان ماستروجونسون يؤكد أن علاج الضعف الجنسى سهل وفعال ويذكر لنا انه بعد أسبوعين فقط من علاج العينة السابقة ٧٩٠ زوجاً . ثم علاج الجميع ما عدا مالا يزيد عن ٢٠٪.

وعامة فانه عند عرض أساليب علاج تلك الانحرافات لا بد من الرجوع إلى كتاب متخصص فى العلاج والإرشاد النفسى يغطى علاج هذا الاضطراب .

وقد قام رازاس ببوسطن بوضع مقياس للحب . قمنا بترجمته .. يتكون من مجموعة من البنود تقدم للمفحوص ليجيب عليها ثم تقر بتصحيحه لتعطى درجة للمفحوص تعبر عن مدى حب المفحوص لشخص معين ويعلنه أو يحتفظ به وبنود الاختبار كما يلى :

حاول أن تتذكر الشريك الذى تحبه ،وضع اسمه فى ذهنك وبعد أن

تكمل المقياس قارن درجاتك بالمعايير .

ستقدم لـك مجموعـة مـن العبـارات تحـدد علاقـة بينـك وبـين هـذا الشخص الذى فيه ، وعليك أن تقرأ العبارة وتضع علامة تحت أحد الأرقام من ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ تحت العبارة حيث تعنى ١ = أن العبارة كاذبة تماما.

٢ = كاذبة ٣ = كاذبة إلى حد ما ٤ = غير متأكد

٥ = صحيحة إلى حد ما ٦ = صحيحة ٧ = صحيحة تماما

١- أحـب أن أقضـى معظـم أوقـاتى مـع (اسـم الشـريك الـذى تحبـه)

خاطئة تماما ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ صحيحة تماما

٢- اعتقد أن ..... جنسيا

تماما ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ نادرا

٣- ———— نادرا ما نخطأ مثل بقية الناس

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

٤- من المكن أن اعمل أى شئ أقدر عليه من اجل خاطر 8.......

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

٥- أجد نفسى منجذبا إلى ....

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

٦- احب أن أشارك .... مشاعرى

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

٧- أداء المهام المختلفة يكون ممتعا حينما يكون .... معى

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧

٨- أحب أن تكون .... ملكاً لى فقط

٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١

٩- الشعور بحزن عميق لو حدث مكروه له

٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١

١٠- لا أستطيع أن امنع نفسى من التفكير ....

٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١

١١- اشعر بسعادة بالغة لو عرفت أن .... يهتم بى

٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١

١٢- أكون فى منتهى السرور حينما يكون .... معى

٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١

١٣- من الصعب على جدا أن أكون بعيدا عن ....

٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١

١٤- اهتم .... كل الاهتمام

٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١

طبق على ٢٢ جامعى (١٩-٢٤سنة) ٢١١ سن من جامعة Northeastesm الطلاب عما إذا كانوا : يحبون تماماً – احتمال أنهم يحبون – غير متأكدين – احتمال انهم لا يحبون – لا يحبون فعلاً .

ثم اكملوا الاستفسار ، لم توجد فروق جنسية .

الحالة	المتوسط
حب كامل	٨٩
احتمال حب	٨٠
غير متأكد	٧٧
احتمال عدم حب	٦٨
عدم حب فعلا	٥٩

الفصل الخامس

اضطرابات الشخصية

Personality Disorders

مقدمة :

يشير مفهوم الشخصية إلى أنماط أساليب سمات سلوكية تكاد تكون ثابتة مع المواقف، وينعكس هذا الثبات فى إدراكات الفرد الخارجية والداخلية، وفى أساليب تفكيره وعلاقاته بالأشياء بالأشخاص وكذلك فى علاقاته بذاته .

وعندما تتجمع سمات معينة مثل المحافظة على النظام، والمثابرة، والتصلب، وصرامة الضمير.. وتتجمع مثل هذه السمات فى كل يجمعها فإنها هنا تشير إلى نوع من الشخصية وأنماطها أو أسلوبها عندما لايكون هناك تكاملاً فى مثل هذه السمات تنعكس فى صعوبة التوافق وفى عجز إجتماعى أو شفهى أو فى انعصابات. فعندما يظهر هذا فإننا نأخذ أياً منها مؤشراً لاضطرابات الشخص الذى نتعامل معه .

وتتجمع السلوكيات التى تعكس اضطراباً فى الشخصية على شكل سمات عامة نعكسها وتساعد على التنبؤ بها. وعادة تكون هذه السمات المضطربة مصاحبة للفرد علي أكبر مدى من حياته بمعنى أنها عادة تظهر فى الطفولة وتمتد مع العمر الزمنى للشخصية وتكون كامنه فى فترة زمنية معينة متوسطة الحدة فى فترة أخرى عنيفة واضحة الاضطرابات فى فترات أخرى، ولذلك فإن التعبيرات الحديثة عن سلوك الشخص تعتبر اضطراباً موقفياً وليس جزء من اضطرابات الشخصية .

هذه الاستمرارية وهذا الثبات لاضطرابات الشخصية دفع كثيراً من العلماء إلى البحث عن الأسباب المسئولة عن هذا الثبات - وانتهى آرون

لازار من دراساته على هذه الظاهرة إلى أن الشخصية تتكون من مجموعة من الأمزجة والطباع لها أساس وراثى وجينى تتطور من خلال مواقف تعلم اجتماعى طويله وعميقة وأن الموقف الراهن مثل مواقف الانعصابات والشدة استثارة حاضرة للاضطرابات وليس سبباً له .

كما انتهى كرنشفيلد والنشرة الطبية المعروفة باسم Ssmiir إلى أن اضطرابات الشخصية تتسمْ بما يلى:

أ - تمثل حالات مزمنه وطويلة المدى بعكس الأعراض المرضية .

ب - تمثل اختلالاً وظيفياً أساسياً أكثر مما تمثل عرضاً أو زملة أعراض يصاب بها الشخص .

جـ - اضطرابات الشخصية مقاومة للتغير أكثر من الأعراض المرضية، تبعاً لذلك فإن العلاج يكون أطول وأكثر صعوبة .

د - اضطرابات الشخصية مقاومة للتغير أكثر من الأعراض المرضية، تبعاً لذلك فإن العلاج يكون أطول وأكثر صعوبة .

د - تكون اضطرابات الشخصية متناسقة مع بناء الذات بل وعادة مع معتقداتها الذاتية، مما يجعل المرضى متوافقين نسبياً مع سلوكهم وعادة لايريدون التغيير - مثلاً الرجل الذى يميل إلى صفات الإناث فإنه يقلدهم وتتميز شخصيته بأنماط سلوكية أنثويه تنعكس فى صوته بل وربما فى شكله وانسحاباته فى خضوعه بل ربما انعكست فى تسريحة شعره.. بالطبع كل هذا يجعل من الصعب عليه التوافق مع الآخرين خاصة فى مجتمع مثل مجتمعنا. لكننا ربما نجد أفكاره وتوجهاته تعتقد بعدم وجود فروق بين الإناث والذكور وضرورة المساواة الكاملة إلخ... ومايبسر له تقليد المرأة بما يجعل بين اضطرابه وشخصية توافقاً (Lozare. P. 455) .

الفصل الخامس

اضطرابات الشخصية

Personality Disorders

مقدمة :

يشير مفهوم الشخصية إلى أنماط أساليب سمات سلوكية تكاد تكون ثابتة مع المواقف، وينعكس هذا الثبات فى إدراكات الفرد الخارجية والداخلية، وفى أساليب تفكيره وعلاقاته بالأشياء بالأشخاص وكذلك فى علاقاته بذاته .

وعندما تتجمع سمات معينة مثل المحافظة على النظام، والمثابرة، والتصلب، وصرامة الضمير.. وتتجمع مثل هذه السمات فى كل يجمعها فإنها هنا تشير إلى نوع من الشخصية وأنماطها أو أسلوبها عندما لايكون هناك تكاملاً فى مثل هذه السمات تنعكس فى صعوبة التوافق وفى عجز إجتماعى أو شفهى أو فى انعصابات. فعندما يظهر هذا فإننا نأخذ أياً منها مؤشراً لاضطرابات الشخص الذى نتعامل معه .

وتتجمع السلوكيات التى تعكس اضطراباً فى الشخصية على شكل سمات عامة نعكسها وتساعد على التنبؤ بها. وعادة تكون هذه السمات المضطربة مصاحبة للفرد علي أكبر مدى من حياته بمعنى أنها عادة تظهر فى الطفولة وتمتد مع العمر الزمنى للشخصية وتكون كامنه فى فترة زمنية معينة متوسطة الحدة فى فترة أخرى عنيفة واضحة الاضطرابات فى فترات أخرى، ولذلك فإن التعبيرات الحديثة عن سلوك الشخص تعتبر اضطراباً موقفياً وليس جزء من اضطرابات الشخصية .

هذه الاستمرارية وهذا الثبات لاضطرابات الشخصية دفع كثيراً من العلماء إلى البحث عن الأسباب المسئولة عن هذا الثبات - وانتهى آرون

لازار من دراساته على هذه الظاهرة إلى أن الشخصية تتكون من مجموعة من الأمزجة والطباع لها أساس وراثى وجينى تتطور من خلال مواقف تعلم اجتماعى طويله وعميقة وأن الموقف الراهن مثل مواقف الانعصابات والشدة استثارة حاضرة للاضطرابات وليس سبباً له .

كما انتهى كرنشفيلد والنشرة الطبية المعروفة باسم Ssmiir إلى أن اضطرابات الشخصية تتسم بما يلى:

أ - تمثل حالات مزمنه وطويلة المدى بعكس الأعراض المرضية .

ب - تمثل اختلالاً وظيفياً أساسياً أكثر مما تمثل عرضاً أو زملة أعراض يصاب بها الشخص .

جـ - اضطرابات الشخصية مقاومة للتغير أكثر من الأعراض المرضية، تبعاً لذلك فإن العلاج يكون أطول وأكثر صعوبة .

د - اضطرابات الشخصية مقاومة للتغير أكثر من الأعراض المرضية، تبعاً لذلك فإن العلاج يكون أطول وأكثر صعوبة .

د - تكون اضطرابات الشخصية متناسقة مع بناء الذات بل وعادة مع معتقداتها الذاتية، مما يجعل المرضى متوافقين نسبياً مع سلوكهم وعادة لايريدون التغيير - مثلاً الرجل الذى يميل إلى صفات الإناث فإنه يقلدهم وتتميز شخصيته بأنماط سلوكية أنثويه تنعكس فى صوته بل وربما فى شكله وانسحاباته فى خضوعه بل ربما انعكست فى تسريحة شعره.. بالطبع كل هذا يجعل من الصعب عليه التوافق مع الآخرين خاصة فى مجتمع مثل مجتمعنا. لكننا ربما نجد أفكاره وتوجهاته تعتقد بعدم وجود فروق بين الإناث والذكور وضرورة المساواة الكاملة إلخ... ومايبسر له تقليد المرأة بما يجعل بين اضطرابه وشخصية توافقاً (Lozare. P. 455) .

أهمية قياس الشخصيه :

هناك أسباب عديدة تدفع الأخصائي الاكلينيكي للاهتمام بقياس الشخصية هي :

١ - المعاناة العميقة لمرضى اضطرابات الشخصية. يزيد من أهمية قياس وفهم الشخصية .

٢ - وجود اضطراب ما في الشخصية يرتبط بشكل دال بوجود اضطرابات أخرى وربما تكون غير واضحة مما يستلزم معه القياس لاكتشاف كل هذه الاضطرابات حتى الكامنة منها بما ييسر خطة العلاج .

٣ - قد تؤثر سمات الشخصية في قابلية الأشخاص أو استجاباتهم لانعصابات البيئة .

٤ - كما تؤثر هذه السمات في استخلاص تاريخ الحالة وتقبل خطة العلاج كذلك شخصية المعالج تحدد أسلوب تعامله مع المريض .

غير أننا يجب أن نلاحظ أن المعلومات المجمعة حول الشخصية واضطراباتها لم تزل قليلة خاصة إذا قصدنا المعلومات العلمية - كما أن كثيراً من سمات واضطرابات الشخصية تغيرت في العقود الأخيرة. وعامة سنحاول أن نركز على اضطرابات الشخصية الإحدى عشر (١١) والتي ذكرتها النشرة الطبية النفسية DSM- III- R والتي تكررت بصفاتها تقريباً في النشرة DSM- IV .

اضطرابات الشخصية في DSM- III- R

تجمع هذه الاضطرابات الـ١١ في ثلاث تجمعات عامة هي:

المجموعة الأولى: يطلق عليها الشخصية الشاذة أو غريبة الأطوار وتتضمن اضطرابات الشخصية البارنويدية، شبه الفصامية، الفصامية الطابع

المجموعة الثانية: ويطلق عليها الشخصية العاطفية أو المسرحية وتتضمن الشخصية المضادة للمجتمع والشخصية الحدية النرجسية والهستيرية .

المجموعة الثالثة: ويطلق عليها الشخصية الخائفة القلقة وتتضمن الشخصية المتشائمه والاعتمادية والوسواسية القهرية .

ويرى لازار Lozare أن التقسيمات الثلاث السابقة هى تقسيمات حدسية تصورية ولايوجد وراءها أساس امبريقى أو تجريبى .

المجموعة الرابعة: تغطى اضطرابات الشخصية التى لاتتفق مع أى من المحكات الخاصة بـ١١ فئة ولكنها تعكس خللاً فى التوافق المهنى أو الاجتماعى... إلخ .

وهناك قدر من التداخل بين اضطرابات الشخصية خاصة بين الشخصية الحدية وكل من الهسترية وفصامية الطابع والنرجسية؛ - وقد أوضحت الدراسات الوبائية أن معدل انتشار اضطرابات الشخصية بين مختلف الأعمار يتراوح مابين ٦٪ إلى ٨ر٩٪ ومعدل انتشار اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع يكاد يكون ثابتاً فى كل المجتمعات عند معدل ٣٪ كما أن نسبة الاضطرابات المزاجية بين مضطربى الشخصية تتراوح مابين ٢٥٪ - ٦٠٪ .

والشخصية الفصامية تمثل عامة شكلاً حقيقياً من أشكال الفصام واضطراب الشخصية النرجسية قد تؤدى إلى خبرات حياتيه تثير الاكتئاب والذى بدوره يؤدى إلى المبالغة. ففى النرجسية كما سجلت دراسات كثيرة تداخلاً بين الشخصية المضاده للمجتمع وبين الاكتئاب والتعاطى. ونعرض فيما يلى لأهم اضطرابات الشخصية .

مجموعة الاضطرابات الشاذه أو غريبة الأطوار :

هناك اضطرابات ثلاث للتجمع الشاذ ارتبطت تاريخياً وظاهرياً مع الفصام كما أن كل من الاضطراب الفصامى والنمط الفصامى يتميز بالشك والميل لجنون العظمة ومشاعر الاضطهاد أى يتميز بأعراض بارانويدية ويتجمع تحت هذا المجموعة .

١ - اضطرابات الشخصية البارانويدية :

يعتبر المظهر البارانويدى من أكثر الاضطرابات انتشاراً فى الشخصية غريبة الأطوار وقد ساهم «شايير» فى تحديد هذه الأعراض وكذلك «كولباى» سنة ١٩٧٧ Colbay الذى قدم أربع وجهات نظر لتفسير هذه البارانويا .

٢ - الشخصية شبه فصامية Sehizoid :

أول من استخدم هذا المصطلح هو بلويلر leuler أشار به أولاً إلى المرضى الذين هم يتم تشخيصهم على أنهم فصامين أولهم نمط فصامى أو متجانسين وينظر إليهم السيكوداميين على أنهم يمثلون الشخصية الحدية كما أشارت نشرة DSM- III-R.

٣ - الشخصية فصامية الطابع :

شخصت هذه الشخصية فى دراسات رادو Rado ١٩٦٢ حينما وصف الأفراد الذين لديهم استعداداً جينياً للفصامية لكنهم ليسوا فصاميين. وقد استفاد العاملون فى DSM فى وضع محكات فاصلة بين الشخصية شبه الفصامية والفصامى من دراسات رادو وبين الشخصية شبه الفصامية وبين الشخصية الحدية التى تتميز بعدم الاستقرار .

مجموعة الاضطرابات الوجدانية والشاذة :

١ - اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع :

يشـار له عـادة على أنه سيكوباتى أو سـوسيـوباتى، وكـان يظن أنه يرتبط بمرض عقلى فى القرن ١٨ ، وأعراض هذه الاضطراب معـروفة ومتـفق عليها وأكثر ثباتاً، وهناك دلائل واضحة على وجود أسباب جينية وراء هذا الاضطراب .

٢ - اضطراب الشخصية الحدية :

من سنة ١٩٦٠ وهناك كتابات كثيره حول الشخصية الحديه. وأحياناً تضـمنت شبـه الفصـاميـة والمتحـاشيـة والهستيـرية. ويسـتخدم الديناميـون اصطلاح الحدية للإشارة إلى مجموعة الميكانيزمات النفسية المميزة لمرض معين ولم تزل فى حاجة إلى مزيد من الدراسات .

٣ - اضطرابات الشخصية الهستيرية :

لهـا مظاهر سلوكيـة مـتـمـاثلة مع الشـخـصـيـة المسـرحـيـة وإن كـانت خطورتهـا أقل وهناك تداخل بين أعـراضـهـا وأعـراض الشـخـصـيـة الحـدية النرجسية .

٤ - الشخصية النرجسية :

أشار إليها فرويد فى كتاباته نسبة إلى نرجسى اليونانى الذى أعجب بجـمـاله حتى أنه ظل ينظر إلى صـورته فى الماء ثم سقط وراءها وتوفى - نعنى التمركز حول الذات والإعجاب الزائد بها ، وقد أسهم «ميلون» صاحب التوجه النفسى التحليلى كثيراً فى نقد أراء فرويد حول النرجسية وفى وضع

محكات واضحة للشخصية النرجسية وكان أقرب للمحكات التى وضعها نشرة DSM- III- R

مجموعة اضطرابات الخوف والقلق تتضمن :

١ - الشخصية المتحاشية :

وتتميز بحساسية زائدة لمواقف الرفض والإحراج بعكس الاضطراب شبه الفصامى الذى يكون الشخص ملتحماً اجتماعياً وتنقصه الحساسية الاجتماعية والرغبة فى العلاقات الاجتماعية .

٢ - الشخصية الاعتمادية :

وهى شخصية تهرب من المسئولية وتعتمد على الآخر لاتستطيع المبادأة ومترددة ومن الصعب أن تتخذ قراراً بدرجة تعوق الشخص عن تحقيق أهدافه .

٣ - الشخصية الوسواسية أو القهرية :

أعراضها معروفة ومتفق عليها منذ فرويد سنة ١٩٠٨ حيث تتسم بالمحافظة المتطرفة على النظام وصرامة الأنا الأعلى والتصلب وقد تجمعت كل هذه الصفات فى دراسات عاملية - تحت اسم - شخصية وسواسية .

٤ - الشخصية العدوانية السلبية:

أقل الاضطرابات، وضوحاً، أكثرها إثارة للجدل، يرجع هذا إلى أن الاضطراب يعتمد على ميكانيزمات محددة ومنفردة فى علاقات الشخص .

تعليق سريع :

من مراجعة الاضطرابات الـ١١ السابق ذكرها للشخصية نجد أنه من الممكن تصنيفها فى ثلاث فئات أخرى طبقاً لقاعدة المعلومات المتاحة والفائدة الإكلينيكية :

أ - توجد ثلاث اضطرابات تقوم على تقليد تاريخى طويل هى: البارانويدى - المضاد للمجتمع - الوسواسى القهرى .

ب - توجد خمسة اضطرابات مفيده كلينيكياً - لكنها تسبب خلطاً كبيراً بسبب تداخل الأسماء والمفاهيم ومحكات التعريف خلال تاريخ كل منها وهى: الحدية -النرجسية - المتحاشية - الهستيرية - المعتمدة .

جـ - توجد ثلاث اضطرابات تمثل قيمة إشكالية. العدوانى السلبى الذى ربما يكون أقرب إلى السمة شبه الفصامية والنمط الفصامى.

المدرسة السلوكية واضطرابات الشخصية :

خضعت اضطرابات الشخصية لدراسات سيكودينامية عديدة، وقد نظرت لهذه الاضطرابات نظرة شامله دينامية قد تداخلت فيها الأعراض بشكل زادها غموضاً واعتمدت علي التفسير الفرويدى وميكانيزمات دفاع الأنا كالإعلاء والعقد والتقمص والتعيين الذاتى.. إلخ كما خضعت لدراسات بيولوجية تعتمد على بعض الناقلات العصبية والتشريح العصبى والجينات مثل دراسات سنة ١٩٨١ (Kendleretal throogh tazar).

غير أن السلوكيين لم يهتموا بدراسة اضطرابات الشخصية إلا قريباً جداً خاصة وأنهم يعتبرون أن بناء الشخصية ليس له فائدة كبيرة وأخيراً اهتموا بدراسة الشخصية بشكل علمى ومقنن وانتهوا إلى تفسيرات علمية ممتازه عن الشخصية. أيزنك كاتل - وجيلفورد - كذلك فولبه وباندورا ..إلخ.

المحكات التشخيصية لاضطرابات الشخصية :

فيما يلي نعرض بعجالة للمحكات أو الأعراض المميزة لاضطرابات الشخصية كما عرضت فى DSM-III-R سنة ١٩٨٧. وهى لاتختلف كثيراً عمن عرضته النشرة التالية لها DSM-IV .

١ - أعراض الشخصية البارانويدية :

أ- ميل عام إلى التهور وعدم الحذر يبدأ بوضوح فى مرحلة البلوغ ويظهر فى مواقف بيئية متنوعة - كما ينعكس فى تفسير تصرفات الأفراد العاددين على أنها أفعالاً مهددة. ويمكن تحديد هذه الأعراض فى العناصر الآتية :

١ - توقعات بدون أساس كافى بالاستغلال والأذى بواسطة الآخرين .

٢ - أسئلة بدون مبرر عن الإخلاص أو القدرة على الاستعمال بالنسبة للأصدقاء أو الزملاء .

٣ - فهم العلاقات أو الأحداث المعتدلة على أنها تصرفات متخفية أو معان بالتواعدات: مثال ذلك الشكوك فى أن الجار يضع القمامة مبكراً كى يضايق .

٤ - حمل الضغائن أو عدم التسامح لأى إهانة أو أشياء تافهة .

٥ - يقاوم الثقة بالآخرين بسبب الخوف الذى لامبرر له من أن المعلومات ستستخدم ضده أو ضدها .

٦ - يتفاعل مع الغضب أو الهجوم المعاكس بسرعة وبسهولة بالغة .

٧ - أسئلة لامبرر لها عن إخلاص (الزوج أو الزوجة) أو الشريك الجنسى .

ب- أن حدوث ذلك ليس مقصوراً خلال دورة الفصام أو سيطرة الضلالات المحك التشخيص الاضطراب .

الشخصية شبه الفصامية :

أ - هو النمط السائد للمبالاة فى العلاقات الاجتماعية والمعدل المحدود فى التعبير والخبرة العاطفية ويبدأ هذا النمط فى بداية مرحلة البلوغ ويظهر فى محيطات بيئية متنوعة وكمؤشر فعلى لذلك النمط يوجد ٤ من النقاط التالية .

١ - ليس هناك رغبات أو استمتاع بالعلاقات القريبة ويتضمن ذلك كونه جزء من الأسرة .

٢ - على وجه التقريب فإنه دائماً يختار نشاطات منعزلة .

٣ - نادراً ماتظهر أو يدعى خبرة عاطفية قوية مثل الغضب أو الفرح الشديد .

٤ - مؤشرات قليلة إلى وجود أى رغبة فى خبرات جنسية مع شخص آخر.

٥ - لامبالاه بالإطراء والنقد فى الآخرين .

٦ - لايمتلك أصدقاء مقربين أو أشخاص يوثق بهم (أو أحد فقط) غير الأقارب من الدرجة الأولى.

٧ - إظهار محدود للعاطفة مثال أنه: منعزل، بارد ، نادراً مايتبادل الإيحاءات أو التعبيرات الوجهية مثل الابتسامات أو الإيماءات .

ب - ظهور ذلك ليس مقصوراً خلال دورة الفصام أو سيطرة الضلالات .

المحك التشخيصى لاضطرابات الشخصية الفصامية الطابع :

أ - هو النمط السائد للعجز فى العلاقات الشخصية بالأقرباء والتخيلات الغريبه والمظهر والسلوك غير الجيد ويبدأ ذلك فى بداية مرحلة البلوغ ويظهر ذلك النمط فى محيطات بيئية متنوعة وكمؤشر على الأقل ينعكس فى النقاط التالية :

١ - أفكار مرجعية .

٢ - قلق اجتماعى مفرط مثل الانزعاج الشديد فى المواقف الاجتماعية التى تتضمن أناساً غرباء .

٣ - اعتقادات شاذة أو تفكير خيالى وسلوك مؤثر غير متسق مع المعايير الثقافية مثل: الإيمان بالخرافات والاعتقاد فى الاستبصار أو (حدة الإدراك) فى التخاطر أو الحاسة السادسة «الآخرون يستطيعون الإحساس بمشاعرى». (فى الأطفال والمراهقين:- الخيال الشاذ والانشغال الكامل) .

٤ - خبرات إدراكية حسية غير عادية مثل التوهم، الإحساس بوجود قوة أو شخص غير واقعى مثل : «أنا أشعر كأن أمى المتوفية كانت فى الحجرة معى» .

٥ - سلوك أو مظهر شاذ وغريب الأطوار مثل «طريقة مميزه فى الكلام والسلوك غير عادية، التكلم مع النفس» .

٦ - لايوجد أصدقاء مقربون أو جديرون بالثقة (أو واحد فقط) غير الأقرباء من الدرجة الأولى .

٧ - كلام شاذ (بدون تفكك فى الربط أو تشوش) مثل الحديث عن أن هناك من يسلبه القوة، والغموض «تجريد غير ملائم» .

٨ - تأثير محدود أو غير ملائم مثل (أبله، منعزل، نادراً مايتناول الإيماءات أو التعبيرات الوجهيه مثل الابتسامات أو الإيماءات .

٩ - أفكار تتسم بالشك أو البارانويدية .

ب - حدوث ذلك ليس مقصوراً خلال دورة الفصام أو سيطرة الضلالات .

المحك التشخيصي لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع :

أ - العمر السائد علي الأقل ١٨ عام .

ب - علامة اضطراب السلوك تبدأ من قبل سن ١٥ وكمؤشر لذلك وجود تاريخ مرضى لثلاثة أو أكثر من النقاط التالية :

١ - يكون غالباً مهمل لواجبه .

٢ - تهرب من المنزل طوال الليل على الأقل مرتين وذلك أثناء معيشته في بيت ووالديه أو بيت والديه بالتبنى (أو يهرب مرة واحدة بلا عودة) .

٣ - عادة مايبتدأ المعارك البدنية .

٤ - يستخدم سلاح فى أكثر من معركة واحدة .

٥ - يجبر شخصاً ما على النشاط الجنسى معه أو معها .

٦ - يقسو على الحيوانات بدنياً .

٧ - يدمر ملكيات الآخرين بتعمد .

٩ - يتورط بتعمد فى إحداث الحرائق .

١٠- غالباً مايضاجع الجنس الآخر (إلا أنه يتجنب الإيذاء الجسدى أو الجنسى) .

١١- يسرق بدون مواجهة الضحية فى أكثر من مناسبة يتضمن ذلك التزوير.

١٢- يسرق بمواجهة الضحية مثال (المهاجمة بقصد السلب، سلب (انتزاع المال، والابتزاز، والسرق المسلحة) .

جـ - نمط السلوك اللامسئول والمضاد للمجتمع يظهر منذ سن ١٥ وكمؤشر لذلك النمط وجود ٤ على الأقل من النقاط التالية :

١ - يكون الشخص عاجزاً عن أن يبقى على سلوك متسق فى عمله وكمؤشر لذلك وجود أى من النقاط التالية «ويتضمن ذلك السلوك المشابه فى المحيط الأكاديمى إذا كان الشخص طالباً» .

أ - بطالة تامة لمدة ٦ أشهر أو أكثر خلال خمس سنوات عندما يكون من المتوقع أن يعمل ويكون العمل متوفراً .

ب - تكرار التغيب من العمل بدون عذر مرضى للشخص نفسه أو أحد من الأسرة .

جـ - ترك عدة وظائف بدون تخطيط واقعى لوظائف أخرى .

٢ - يخفق فى أن يتكيف مع المعايير الاجتماعية وفى إحترام السلوك القانونى وكمؤشر لذلك: القيام بالأفعال المضادة للمجتمع التى تجعله معرض للقبض (سواء قبض عليه أم لا) مثال ذلك تحطيم ملكيات الآخرين، ازعاج الآخرين باستمرار، السرق، السعى إلى الأعمال غير القانونية .

٣ - يكون الشخص سريع الغضب وعدوانى ويدل على ذلك تكرار المشاجرات البدنية أو الاعتداءات (لايطلب في وظيفة أو لكى يحمى شخصاً ما أو نفساً ما) ويتضمن ذلك ضرب الزوجه (أو الزوج) أو ضرب الطفل .

٤ - يفشل بصورة متكروه فى احترام الالتزامات المالية ويدل على ذلك تخلفه فى سداد الديون أو فشله فى إعانة الأطفال أو مساعدة الآخرين ممن يعتمدون عليه كمبدأ أساسى منتظم .

أ - السفر من مكان لآخر بدون ترتيب سابق لوظيفة أو هدف واضح لفترة السفر أو فكرة واضحة عن حين انتهاء مدة السفر .

ب - عدم وجود عنوان ثابت لمدة ستة أشهر أو أكثر .

٦ - لايحترم الحقيقة ويدل علي ذلك الكذب بصورة متكررة واستخدامه لاسم مستعار أو «توجيه» الآخرين إلى فائدة شخصية له.

٧ - لاينظر بعين الاعتبار إلى ملكية الغير (هو أو هى) أو فيما يتعلق بأمن الآخرين ويدل على ذلك القيادة وهو مخدراً أو رجوعه بالسيارة بسرعة .

٨ - إذا كان هذا الشخص والد أو وصى فإنه تنقصه القدرة الوظيفية للقيام بمسئوليات الوالد ويدل على ذلك وجود واحد أو أكثر من النقاط التالية .

أ - سوء تغذية الطفل .

ب - ينتج مرض الطفل من نقص الحد الأدنى من النظافة الصحية .

جـ - الفشل فى إحراز العناية الطبية لمرض الطفل الخطير .

و - الفشل فى رعاية الطفل الصغير عندما يكون والد الطفل خارج المنزل.

هـ - تكرار تبذير الأموال الخاصة بضروريات الأسرة على الموضوعات الشخصية .

٩ - لايبقى على الإطلاق فى علاقة الزواج الأحادى لمدة أكثر من عام واحد .

١٠- يفتقر إلى الشعور بالندم (المشاعر تتوافق مع الإيذاء) ، سوء المعاملة أو السرقة من الآخر .

١١- لايقتصر ظهور السلوك المضاد للمجتمع خلال دورة الفصام أو عرض الضلالات .

المحك التشخيصى لاضطراب الشخصية الحدية :

- أن النمط السائد لعدم استقرار المزاج، والعلاقات الشخصية وصورة الذات يبدأ فى بداية مرحلة البلوغ وتظهر فى مواقف متنوعة وكمؤشر لذلك وجود على الأقل النقاط التالية :

١ - نمط العلاقات الشخصية غير المستقرة والانفعالية يوصف بالتناول بين الحد الأقصى للمثالية وبين انخفاضها .

٢ - الاندفاع فى مجالين على الأقل من المجالات التى يتمثل فيها إيذاء النفس مثال ذلك: تبديد الأموال، والجنس، واستعمال المادة، سرقة المعروضات، القيادة الطائشة، (ولايتضمن ذلك السلوك الانتحارى أو تشويه النفس وتغطى تلك النقطة فى رقم ٥).

٣ - عدم الاستقرار العاطفى يلاحظ ذلك بالتغير فى الخط الأساسى للمزاج فى الاكتئاب، حدة الطبع أو القلق عادة يدوم ذلك لعدد من الساعات نادراً مايدوم ذلك لعدد قليل من الساعات ونادراً مايدوم ذلك أكثر من عدة أيام .

٤ - الغضب الشديد أو عدم القدرة على التحكم فى الغضب بطريقة غير ملائمه مثال ذلك: الإيذاء المتكرر للأفعال، الغضب المستمر، تكرار المشاجرات البدنية .

٥ - تكرار التهديدات الانتحارية أو الإيماءات بذلك أو السلوك الانتحارى أو سلوك تشويه النفس .

٦ - يظهر اضطراب متماثل منفصل واضح عن الشك فى اثنين على الأقل من النقاط التالية: فى التصور الذاتى للتكيف الجنسى، وذات المدى الطويل، اختيار مجال المهنة، أنواع الأصدقاء المرغوبين، القيم المفضلة.

٧ - الإحساسات المزمنة بالفراغ أو السأم .

٨ - الجهود شديدة الاحتياج لكى يتجنب الاستسلام الواقعى أو التخيلى (ولا يتضمن ذلك السلوك الانتحارى أو تشويه النفس الذى تضمنه رقم ٥).

المحك التشخيصي لاضطراب الشخصية الهستيرية :

- هو نمط سائد للعاطفة المفرطة والسعى لجذب الانتباه ويبدأ فى بداية مرحلة البلوغ وتظهر فى مواقف متنوعة وكمؤشر لذلك يوجد ٤ نقاط على الأقل من التالى:

١ - يسعى باستمرار أو يطلب إعادة الطمأنة والاستحسان أو الاطراء .
٢ - يكون نرجسياً بطريقة غير ملائمه فى المظهر أو السلوك.
٣ - يهتم بطريقة واضحه بالجاذبية الجسمية .
٤ - تكون له تعبيرات انفعالية بطريقة غير ملائمة ومبالغ فيها مثال ذلك: معانقة الأشخاص الذين يعرفهم معرفة شخصية عارضة بحماسة زائدة البكاء، يتشنج فى مناسبات وجدانية ثانوية، تملكه نوبات غضب انفعالية .
٥ - لايكون مستريح فى المواقف التى لايكون (هو أو هى) مركز الانتباه فيها.
٦ - يبدى التغيرات الانفعالية سريعاً أو التعبيرات الانفعالية السطحية .
٧ - يكون متمركاًز حول ذاته، الأفعال تكون مباشرة تجاه الحصول العاجل على الإشباع، وليس لديه قدرة على احتمال الإحباط الناتج عن تأجيل الإشباع .
٨ - له أسلوب انطباعى بدرجة مفرطة فى الكلام ويفتقر إلى التفصيل ومثال ذلك أنه عندما يسأل ليصف أمر لايستطيع أن يكون محدداً أكثر من أن يقول «إنها كانت امرأة جميلة» .

المحك التشخيصي لاضطراب الشخصية النرجسية :

- هو النمط السائد لتكلف العظمة (فى الخيال أو السلوك)، فى التقمص العاطفى وفرط الحساسية من تقييم الآخرين ويبدأ فى بداية

مرحلة البلوغ ويظهر فى مواقف بيئية متنوعة وكمؤشر لذلك النمط يوجد ٥ على الأقل من النقاط التالية :

١ - يتفاعل مع النقد بمشاعر من الغضب الشديد، الخجل الخزى (حتى ولو كان النقد لايرمز لشئ) .

٢ - استكشاف علاقاته الشخصية: يأخذ المصلحة لكى يحقق بها غايته هو أو هى .

٣ - لديه شعور بالعظمة لأهميته الذاتية مثال ذلك أنه يبالغ فى إنجازاته ومواهبه ويتوقع أن يلاحظه الآخرون كفرد متميز بدون إنجازات ملائمة.

٤ - يعتقد أن مشاكله هو أو هى متفردة ويمكن أن تفهم فقط لدى الناس المتميزين .

٥ - باله مشغول بالخيالات الجامحة، والنجاح بلا حدود، القسوة، التألق الجمال أو الحب المثالى .

٦ - لديه شعور بأنه مؤهل لتوقعات غير منطقية لمعاملة خاصة إطرائية مثال ذلك أن يفترض أن هو أو هى لايجب أن ينتظر فى مسار ما عندما يلزم على الآخرين ذلك .

٧ - يتطليب أن يكون موضع للانتباه المتواصل والإعجاب مثال ذلك أن يظل يلتمس الإطراء .

٨ - نقص فى التقمص العاطفى: غير قادر على أن يتعرف أو يكتشف كيف يشعر الآخرون مثال ذلك أن ينزعج ويندهش عندما يقوم صديق مريض جداً بإلغاء ميعاد بينهم .

٩ - يكون مشغول البال بمشاعر الحسد .

المحك التشخيصى لاضطراب الشخصية المتحاشية :

- هو النمط السائد لعدم الارتياح الاجتماعى: الخوف من التقييم السلبى، ويبدأ هذا النمط بداية مرحلة البلوغ، ويظهر فى محيطات بيئية وكمؤشر لذلك يوجد ٤ على الأقل من النقاط الآتية:

١ - أن من السهل له أن يشعر بالأذى من النقد أو الاستنكار .

٢ - ليس له أصدقاء مقربون أو جديرون بالثقة (أو واحد فقط) غير الأقرباء من الدرجة الأولى .

٣ - يكره أن يستغرق مع الناس إذا لم يكن من المؤكد أنه محبوباً .

٤ - يتجنب النشاطات أو المشغوليات الاجتماعية التى ترتبط بالعلاقات الشخصية الدالة مثال أن يرفض الترقية التى تزيد من المطالب الاجتماعية .

٥ - يكون قليل الكلام فى المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من قول شئ غير مناسب أحمق أو من أن يكون غير قادر على إجابة سؤال .

٦ - يخشى أن ينحرج بسبب احمرار الوجه خجلاً أو البكاء أو ظهور علامات قلق أمام الآخرين من الناس .

٧ - يبالغ فى الصعوبات المحتملة، الأخطار البدنية أو المخاطرة التى يتضمنها عمل شئ عادى ولكنه خارج عن روتينه (هو أو هى) المعتاد مثال ذلك أنه قد يلغى خططه الاجتماعية لأنها تكون سباقة فى كونها منهكة بالجهد الذى يبذل للوصول هناك .

المحك التشخيصى لاضطراب الشخصية الاعتمادية :

هو النمط السائد للسلوك الاعتمادى الخاضع، ويبدأ فى بداية مرحلة البلوغ ويظهر فى مواقف بيئية متنوعة كمؤشر لذلك النمط يوجد ٥ على الأقل من النقاط التالية.

١ - غير قادر علي أن يتخذ القرارات اليومية بدون كم منقد من النصيحة إعادة توكيد من الآخرين .

٢ - يسمح للآخرين أن يتخذوا معظم القرارات الهامة له أولها مثال ذلك أين يعيش، أي وظيفة يقبلها .

٣ - الاتفاق مع الناس حتى عندما يعتقد (هو أو هى) أنهم على خطأ بسبب الخوف من كونه منبوذاً .

٤ - يجد صعوبة فى بدء المشروعات أو عمل الأشياء الخاصة به هو أو هى.

٥ - يتطوع لعمل أشياء غير سارة أو عديمة المعنى بالنسبة له لكى يحصل على حب الناس الآخرين هو أو هى .

٦ - يشعر بعدم الراحة لاعون له عندما يكون وحيداً ويذهب إلي مسافات كبيرة لكى يتجنب أو يكون وحيداً .

٧ - يشعر بالدمار أو العجز عما تنتهى علاقات الصداقة القريبة .

٨ - يكون مشغول أبال بالخوف بطريقة متكررة أن يكون مهجور من الآخرين.

٩ - من السهولة أن يشعر بالأذى من النقد أو الاستنكار .

المحك التشخيصى لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية :

هو النمط السائد للصفات الكمالية والتصلب (أو عدم المرونة) ويبدأ فى بداية مرحلة البلوغ ويظهر فى مواقف بيئية متنوعة كمؤشر لذلك النمط توجد ٥ على الأقل من النقاط التالية :

١ - الكمالية التى تتعارض مع إتمام الواجب مثال ذلك عدم القدرة على إكمال مشروع بسبب معاييره المفرطة الصرامة والتى تكن غير ملائمة.

٢ - يشغل باله بالتفاصيل، العادات، القوائم، النظام، التنظيم أو جداول الأعمال للمدى الذى يفقد معه معظم الأهداف من أنشطته .

٣ - إصرار غير منطقى على أن يسلم الآخرون تماماً على طريقة فعله للأشياء (هو أو هى) أو معارضة غير منطقية للسماح للآخرين بفعل الأشياء بسبب اقتناعه أنهم لن يفعلونها بطريقة صحيحة .

٤ - حب شديد للعمل والانتاجية لدرجة منع أنشطة وقت الفراغ وعلاقات الصداقة (لايفسر ذلك من أجل الضرورة الاقتصادية الواضحة) .

٥ - متردد: يتجنب أيضاً صنع القرار ويؤخره، ومثال ذلك أن الشخص لايستطيع أن يقوم بمهمة محدده فى وقتها بسبب التأمل فى الأولويات (لايتضمن ذلك إذا كان التردد يرجع إلى الحاجة الشديدة للنصيحة أو إعادة الطمأنة من الآخرين .

٦ - ضميره صارم، كثير الشكوك وغير مرن بالنسبة للموضوعات الأخلاقية والأخلاق أو القيم (ولايفسر ذلك بسبب تحقيق الذاتية الثقافية أو الدينية) .

٧ - يفيد التعبيرات العاطفية .

٨ - يفتقر إلى السخاء فى إعطاء الوقت، النقود أو الهدايا عندما لايتحقق مكسب شخصى كان من المحتمل أن يتحقق .

٩ - عدم القدرة على طرح الموضوعات المبتذلة أو عديمة القيمة حتى عندما تكون ليس لها قيمه وجدانية .

المحك التشخيصى لإضطراب الشخصية العدوانية السلبيه :

هو نمط السائد للمقاومة السلبية لمطالب الأداء الاجتماعى الكافى أو المهنى الكافى ويبدأ فى بداية مرحلة البلوغ ويظهر فى مواقف بيئية متنوعة. وكمؤشر لذلك النمط يوجد ٥ على الأقل من النقاط التالية:

١ - يماطل مثل تأجيل الأشياء التى يحتاج إلى عملها لكى تنتهى أو حتى تصل إلى خط الموت وهذا غير ملائم .

٢ - يصبح متجهم الوجه وسريع الغضب أو مجادل عندما يطلب منه أحد عمل شئ لايرغب (هو أو هى) حقيقة فى عمله .

٣ - يبدو أنه يعمل ببطء متعمد أو يبدو أنه يقوم بعمل أشياء يرغب (هو أو هى) حقيقة فى القيام بها .

٤ - يحتج بدون مبرر على أن الآخرين يطلبون (منه أو منها) مطالب غير منطقية .

٥ - يتجنب الالتزامات مدعياً أنه «ينسى» .

٦ - يعتقد أنه (هو أو هى) يقوم بعمل وظيفة أفضل بكثير مما يعتقد الآخرين أنه يقوم به .

٧ - يستاء من الاقتراحات المفيدة من الآخرين حول كيفية استطاعته (هو أو هى) أن يكون أكثر إنتاجية .

٨ - يعوق جهود الآخرين عن طريق إخفاقه (هو أو هى) فى عمل الجزء المشارك فيه فى العمل .

٩ - ينتقد بطريقة غير منطقية أو يحتقر الناس الذين هم فى موضع ثقة .

أسباب اضطرابات الشخصية

أ - الوراثة :

لوحظ فى عائلات اضطراب الشخصية كثرة هذا النوع من الاضطراب، وقد لوحظ أن اضطرابات الشخصية فى الغالب ليست بالضرورة من نفس النوع (وإن كان هذا هو الغالب فى كثير من الأحوال) .

ولكن أنواعاً أخرى قد تكون موجودة بشكل ملحوظ فى العائلة، كما لوحظ أيضاً أن عدداً لابأس به من الأقارب يكون مصاباً بأنواع مختلفة من الذهانات (مثل ذهان الهوس والاكتئاب فى أقارب الشخصية النوابية، وذهان الفصام فى أقارب الشخصية الشيزويدية والشخصية المضادة للمجتمع... إلخ) .

كما لوحظ أن أقارب الشخصية الانفجارية قد يوجد عند بعض أفراد عائلاتهم مرض الصراع بأنواعه المختلفة .

٢ - البيئة وطرق التربية :

لوحظ أن الإفراط فى التدليل خاصة، وكذلك الافتقار إلى القيم الخلقية التى تربط العائلة، والتذبذب الشديد بين القسوة والتدليل، وعدم وجود القدوة الحسنة كل هذه العوامل تؤثر فى مسيرة النمو وبالتالى ينتج عنها اضطرابات الشخصية .

٣ - الأسباب العضوية :

تبين لبعض الباحثين أن عدم نضج السلوك يساير عدم نضج المخ وبالتالى يظهر فى رسام المخ الكهربائى فى بعض حالات اضطراب الشخصية (وخاصة فى نوع الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباتى المتعدى - والشخصية الانفجارية) علامات شبه صرعية، كما أن كثيراً من الأنواع الأخرى يظهر فيها انحراف عن السواء بشكل أو بآخر .

التصنيف الأخير لاضطرابات السلوك
DSM III. R

عرضنا في الأجزاء السابقة التصنيفات التقليدية ويتضح من مراجعتنا أن أوجه التماثل والتشابه كبير ، وأن الاختلاف ينحصر فقط في توجه كل صاحب تصنيف ونظرية إلى التعامل مع اضطرابات السلوك واختلاف توجهه مع التوجهات الأخرى . واختلافهم أحيانا علي مسميات زملة الأعراض التى تندرج تحت اسم لاضطراب معين وحينما يحاول الأخصائى النفسي الإكلينيكى أن يستفيد من أى من هذه التصنيفات فانه يستطيع ذلك فعلا مما يدل علي جزء كبير من الصدق توفر داخل كل تصنيف . وأن الخلاف بين التصنيفات لا ترجع لخلاف درجة الصدق بينها بقدر ما يرجع إلي قدرة كل من هذه التصنيفات علي وضع خطة علاج ملائمة للمرض أو للاضطراب موضع التشخيص .

وقد أدى اعتقاد الناس بأن السلوك المضطرب يعكس مشكلات معينة وراءه إلي تصنيف هذه الاضطرابات بشكل غير دقيق مثل تصنيفها إلي العصاب وهو مصطلح شائع الاستخدام عند معظم البشر . وإلي ذهان وهو لفظ شائع الاستخدام أيضا حتى عند غير المتخصصين من هنا كان هذا التصنيف غير علمي حيث أقيم علي تأملات نظرية تري بأن لهذه الاضطرابات أصولا مشتركة .

فمثلا يرى الديناميون أن العصاب يظهر نتيجة لصراع لا شعوري ويمثل طريقة غير سوية للتكيف مع خوف لا شعوري ، ولذا أعتبر الجوال

الليلي عصابا من حيث كونه يمثل تعبيرا لا شعوريا عن رغبات أثناء النوم بينما يري مليون (Millon 1983) وكذلك رازس (Rathus, 1990, P. 280)

أننا ننظر اليوم إلي الجوال الليلي كما هو بغض النظر عن اندراجه تحت فئة العصاب بل لم نعد نرجعه إلي تعبيرات لا شعورية لصراع لا شعوري . بل هو اضطراب بعضه يرجع إلي الطفولة وتنظيم الفرد لخبراته . وبعض يرجع إلي خلل في وظيفة الجهاز العصبي .

أدي هذا إلي تغير تصنيف الاضطرابات النفسية DSM III إلي DSM III - R وكان اتفاق المتخصصين في الأولي يتراوح من ٣٨ : ٦٣٪ ولكن من ٨١ إلي ٨٣٪ . وأدي الفهم العميق للشروط المسئولة عن اضطرابات السلوك بعالم مثل توماس زاس Thomas Szasz 1984

أي القول بأن ما كان يطلق عليه اضطرابات السلوك هو في الحقيقة مشكلات حياة ونجد أن التعريف الأخير صنع للمريض دورا في علاج مرضه وتحمل مسئوليته مما يمثل قاعدة أساسية للعلاج النفسي .

من هنا ظهر تصنيف أخر لاضطرابات السلوك البشرى DSM III. R وهي أخر نشرة ظهرت حتى الآن من جمعية الطب النفسي الأمريكي ١٩٨٧[1]. ويهدف هذا التصنيف إلي التغلب علي عيوب التصنيفات السابقة التى تضع مجرد اسما علي كل مرض كالعصاب والذهان أو كالهوس

---

(١) عن Ralhus PP. 482-505

والفوبيا . بينما نجد الأعراض متدخلة وتكتيكات العلاج كذلك تتداخل وقد تتماثل مع اضطرابات مختلفة ، وقد تختلف هذه التكتيكات مع اضطرابات متماثلة في أزمنة وأماكن مختلفة .

تتناول هذه النشرة مفهوم العصاب neurosis والعصابي neurotic وتوضح كيف أنها مفاهيم شائعة الاستخدام عند غير المتخصصين. وتري هذه النشرة أن مفهوم العصاب حينما أطلق علي مجموعات من الأعراض لم يطلق عليها بالضرورة نتيجة لخصائص مشتركة بينها بل نتيجة لمجرد أن له أصولا مشتركة فأصل كل أمراض العصاب كما يري التحليليون مثلا إنما يرجع إلي صراع عصابي لا شعورى وكل عصاب هو محاولة للتكيف مع خوف لا شعوري. فالجوال الليلي مثلا يتضمن عصابا حيث أنه كما يري الديناميون – يعبر عن رغبات لا شعورية تعمل علي شكل جوال ليلي أثناء الليل كذلك كل أنماط العصاب الأخرى مما يوضح .

أن أصلها واحدا مهما اختلفت الأعراض . ومن هنا وضعت هذه الاضطرابات كلها تحت فئة العصاب . وهو ما ترفضه نشرة DSM III. R بل كثيرا ما تكون هذا عائقا أمام العلم . مثلا أوضحت الدراسات أنه من الأفضل أن ننظر للمرض من حيث أنه يمثل الأعراض الظاهرة . ومن هنا يعتبر الجوال الليلي خارج دائرة العصابيين .Millon 1983 .

بل أن ما نطلق عليها أمراضا واضطرابات عقلية نفسية ونصنفها علي أساس لم تعد أمراضا أو اضطرابات بل مجرد مشكلات سلوكية حياتية لا

يستطيع العميل حلها ومواجهتها ولذلك سماها توماس زاس Tumas, Zas مشكلات حياة ويري كثير من أطباء النفس المعاصرين أن تسمية هذه الاضطرابات مشكلات حياة – أفضل من حيث أنها تفسح للمريض لكي يشعر بمسئوليته المباشرة في التغلب علي مشكلاته السلوكية هذه .

تصنيف اضطرابات السلوك (مشكلات الحياة) علي أساس محاور الأعراض مباشرة لاختزالها أو علاجها – ومن خلال كل محور من المحاور الخمس يتحدد لنا نمط المعلومات الممكن أن يجمعها في رحلة التشخيص عن العميل وسلوكياته ومشاكله ، ثم نذيل هذه المعلومات بوصف سريع ومختصر للأعراض ونوعها كما يأتي في الجدول التالي :

المحور	نمط المعلومات	وصف مختصر
المحور الأول	أعراض إكلينيكية	تتضمن أنماطا من السلوك المرضي – الاضطرابات العقلية – ضعف توظيف السلوك أو الاستجابات للفرد وكيف يسبب هذا اعصابات – التركيز علي الانتباه – مشكلات اجتماعية – مهنية – أكاديمية.
المحور الثاني	اضطرابات في النمو	انحرافات واضطرابات في الطفولة أو في المراهقة. وكيف يستمر خلال الرشد كالتخلف العقلي – الاجترارية واضطرابات ومهارات تحصيل أكاديمي – كلام لغة – مهارات حركية
المحور الثالث	اضطرابات فيزيقية	أمراض مزمنة أو حادة جراحات allergies .. قد تؤثر في خطة العلاج . مثل أمراض القلب ... والجهاز العصبي .
المحور الرابع	شدة الانعصابات النفسية الاجتماعية	الشدائد التى ظهرت في السنة الماضية والتي قد ساهمت في نمو الاضطراب العقلي الأخير – أو في تنشيط اضطراب سابق – انعصابات قد تكون زواجية وما يرتبط بها – والديه – مهنية – مالية – قانونية – فيزيقية .
المحور الخامس	تقييم كلي	حكم كلي عن التوظيف الحالي أو علي مستوي التوظيف في السنة الماضية تبعا للمحكمات المهنية والاجتماعية والنفسية .

Through: Rathas. S 1990. P. 482
(Based on DSM III. R. 1957- P P. 3-21)

ومن الواضح أن محكات التشخيص السابقة اعتمدت إلي حد كبير علي السلوك الظاهر ووضعت محاور متعددة تعطي إجراءات التشخيص، غير أنها لا تغطي اضطرابات أخري أساسية مثل اضطرابات الشخصية وسوء تعاطي العقاقير ونحاول الآن أن ننظر إلي اضطرابات السلوك المصنفة تبعا للمحور الأول وكذلك تبعا للمحور الثاني .

١- اضطرابات القلق :-

من أعراض اضطرابات القلق – الخوف من وقوع أحداث معينة غير مرغوبة أو من فقدان السيطرة علي الذات – زيادة عصبية الاستجابات والتوتر وعدم القدرة علي الاسترخاء وتعكس استجابات مريض القلق مستوي حث مرتفع من الاستجابات السمبثاوية مثر الرعشة والعرق وضربات القلب ورفع ضغط الدم والقلق يمثل نمط سلوكى مناسب لمثيرات مواقف مهددة ويكون عاديا حينما يتناسب مع مصادر التهديد سواء زيادة أو نقصانا وشدة، أما إذا تجاوز ذلك فانه يعتبر قلقا مرضيا وقد يحتوي القلق المرضي علي مخاوف وقلق معمم ووساوس قهرية .

٢- المخاوف :-

للمخاوف صور متعددة منها مخاوف بسيطة أو مخاوف اجتماعية مخاوف من أماكن متسعة أو عالية مثلا وجميعها غير منطقية من مواقف أو أشياء نوعية مخاوف اجتماعية كالخوف من الآخرين بدون تحديد أو من عمل شئ قد يكون محيراً أو مخجلا كذلك قلق الكلام وأنماط من التلعثم

والفزع تمثل مخاوف اجتماعية .

ومن المخاوف البسيطة الخوف من مواقف محددة مثل الخوف من الاماكن المرتفعة من ركوب الأسانسير (المصاعد) الخوف من الأماكن المغلقة ، من الفئران ، من الثعابين ... إلخ . بشرط أن تكون هذه المخاوف معوقة للفرد عن الحياة الطبيعية .

٣- اضطرابات الهلع Panic

أو نوبات القلق . وقد أشرنا إليها سابقا في تصنيفنا لاضطرابات العصاب تحت القلق وقد تحدث نوبة القلق فجأة بدون مقدمات يرتفع العرق عند المريض ويحدث ضيق في التنفس . وقد يحدث إغماء ويسقط علي الأرض مما يوحي بأنها أزمة قلبية تستدعي وجود طبيب ، ربما تحدث ليلا حيث من الصعب علي الأسرة استدعاء طبيب وقد يحدث غثيان وتبعا لـ DSM III. R قد يحدث إحساس بالاختناق والغثيان والتنمل أو التمدد وقشعريرة مع رعشة مع ألم في الصدر وخوف من الموت أو من الجنون وقد تستمر نوبة الهلع أو القلق من دقيقة أو دقيقتين إلي ساعة أو أكثر وعادة يشعر المريض أنه قد يفقد نفسه ومآلة الموت القريب

وقد أجري نورتون ورودسي 1983 Norton-Rhodes دراسة في هذا الموضوع وانتهي منها إلي أن حوالي ٥٠٪ من الناس العاديين قد مروا بهذه الخبرة في يوم ما أو لحظة ما ولكن لأسباب موضوعية وموقفية وهنا لا يمكن اعتبار هذه الخبرة مرضا ولكن تعتبر مرضا حينما لا يكون

مبررا موضوعيا لها وتكون متكررة للمريض علـي فـترات غـير محـددة وقـد اتضح أن من يصابون بها لا يتعدون ١٪ من الجمهور الأصلي.

٤- اضطرابات الوسواس القهري :-

وهو اضطراب ثابت ومذكور في جميع تصنيفات الاضطرابات النفسـية وهي عبارة عن أفكار لا منطقية تفرض نفسها علي المريـض وفي الوقـت الـذي يكون المريض علي وعي كاف بأنـها أفكـار غـير منطقيـة ويرفضـها ويحـاول جاهدا التحكم فيها إلا أنه لا يستطيع مما ينعكس علي سـلوكه واستجاباته وينتج عن هذه عادة أعراضا أخري قد تبدأ بعيدة عن الفكرة التسـلطية وربمـا لا يعرف الفكرة إلا المعالج النفسي – وهنـاك أمثلـة عديـدة سـوف نتناولهـا بالتفصيل في كلامنا عن علاج الوسواس القهري .

ويندرج تحتها ما أسماه فرويد بالحواز وهي أفعـال تسـلطية تفـرض نفسها علي المريض بالرغم من قناعته بعدم منطقيتها مثل تكرار غسـيل اليـد لفترة زمنية طويلة أو الوضوء أو الصلاة .. أو إغلاق الأبواب عند النوم بشـكل متكـرر يمنع المريض من النوم وكلما أغلق الباب وذهـب للنـوم عـادت الفكـرة المسيطرة فتدفعه يترك الفراش ليتأكد من غلق الأبواب كلية .

٥- اضطرابات ما بعد صدمة الانعصاب :-

في هذه الحالة يشـعر المريـض بقلـق حـاد ومسـتمر مرتبطـا بمشـاعر الاستسلام نتيجة لخبرة صادمة ، مثل موقف غير منطقي حدث فيـه تـهديد لحياة الفرد أو للأسرة ، أو تدمير لجماعـة ينتمـي إليـها الفـرد ، خاصـة في

حالات الاغتصاب التي تمر بها الأنثى وعادة تظهر أعراض هذا المرض بعد حوالي ستة أشهر من الحادثة . وتظل الضحية تشعر بهذه المشاعر الحادة بلا توقف وأحلام متكررة وشعور مفاجئ بأن الحادثة سوف تتكرر وقد تظهر كوابيس مرتبطة بالحادث ومصاحبة ذلك بالطبع مشكلات وزيادة في التوتر وصعوبة في التركيز كل ما سبق عبارة عن صورة متنوعة من المخاوف المرضية.

تفسير هذه المخاوف :-

الدينـاميون :-

يرجعون المخاوف إلي صراعات لها أسس لا شعورية وخبرات مرحلة الطفولة – والقلق المنتشر والمعمم نتيجة لصعوبة أو عدم قدرة المريض علي كبت النبضات والمشاعر البدائية ، والوساوس ترجع إلي نزاعات لا شعورية ، أما كونها لا شعورية فان هذا يرجع إلي أن هذه النزاعات مكبوتة جزئيا .

بينما يري أصحاب نظريات التعلم أن المخاوف هي مخاوف شرطية قد تحدث في الطفولة وفقد أصولها داخل الذاكرة ، وتتداعم هذه المخاوف كلما أختزلت القلق بتجنبها للمثيرات الفوبياوية ويري سليجمن وروزينان Seligman and Rosenhan 1984 أن هناك تفاعلا بين العوامل العضوية وعمليات التشريط . ذلك أنه يكون لدينا استعداد بيولوجي لاكتساب مخاوف من بعض المثيرات حيث أن الإنسان مزود جينيا للخوف من بعض المثيرات . فلذلك أطلق علماء النفس علي وجهة النظر هذه التشريط البيولوجي والمعد Prepared، ولا يعني هذا أن الخوف وراثي دائما إنما

يوجد أساس جيني عند الأفراد للخوف من مثيرات معينة كالثعابين والخوف من مثيرات أخري مثل الفئران وفي تجربة أجراها باندورا وآخرون عرض علي المفحوصين مجموعة من الصور مقترنة بصدمات كهربائية . ظهر من تحليل نتائجها أن هناك أشخاصا لديهم استعداد فطري فعلا لتعلم الخوف من بعض المثيرات مثل الثعابين أكثر من مثيرات أخري كالورود والأزهار . وفي نفس الوقت يؤكد علماء التعلم الاجتماعي دورا للتعلم بالملاحظة في تعلم الخوف .

بينما يري أصحاب العلاج المعرفي أو الوساوس القهرية تبعد الانتباه عن مصادر أخري أكثر تهديدا مثل . ماذا أفعل مع حياتي ؟ وإذا حدث وأصيب شخص ما بالقلق في عمر مبكرة نتيجة لمصادر تهديد مستمرة يصبح القلق هنا سمة . وهذه السمة تحدد من مقدار القلق التى تتشبع به استجاباتنا لمواقف نوعية ويسمي هنا بقلق الحالة . وفي أي من الحالات لا يكون القلق مرضيا إلا إذا كان مصحوبا بأعراض مرضية كالوسواس أو لم يكن له مبررا موضوعيا حتى لو كانت درجته أقل من قلق له مبرره الموضوعي كما قد يصبح قلق السمة مرضي – كما يري بيتشينوم – حينما نتعايش ونستسلم لأفكار ترفع من مستوي القلق وتحتفظ باستمراره مثلما نقول لأنفسنا علي أن أخرج من مثل هذه الأماكن . أو أتحاشي مواقف معينة . أو أن قلبي سوف يخرج من صدري بدون مبرر موضوعي وبشكل مستمر مثل هذه الأفكار تعمق القلق المرضي .

كما قد تلعب عوامـل بيولوجيـة دورا في اضطرابـات القلـق ومـن هنـا ينتشر في أسر معينة أكثر من غيرها وفي دراسة أجرتها سندرا سكار وآخرون Sandra, Scarr etl 1981 قارنت درجات العصابية لعينة من المراهقين أبائهم الطبيعيين . ثم مع درجات أبائهم المتبنون وجدت علاقة مرتفعة بـين المراهقين والآباء الطبيعيين أكثر مـن العلاقـة بـين نفـس المراهقـين وآبائـهم المتبنون (نلاحظ أن هـؤلاء المراهقـين يتبنـاهم آبـاء ليـس آبائـهم الحقيقيـين "الطبيعيين" وقاموا بتربيتهم – حينما لم يعيشوا مع الآباء الحقيقيين . وهو أمر يحدث في الغرب) .

وأكدت هذه النتيجة دور الوراثة في القلق كما انتهت دراسات عديدة إلي وجود توافق مرتفع بين التوائم المتماثلـة علـي مقـاييس القلـق والعصابيـة مثل دراسة تورجيرفسن Torgersen 1983 مما يؤكد دور الوراثة .

الاضطرابات الانفصالية Dissociative Disorder

تطرح نشرة DSM III. R أربعة أشكال انفصالية هي :-

١- الأمنازيا .

٢- تجوال نفسي .

٣- تعدد الشخصية .

٤- تفكك الشخصية .

١- الأمنازيا :-

نمط من اضطرابات الذاكرة ويقع فجأة حيث يجد العميل نفسـه غـير قادر علي استدعاء معلومات شخصية عادة تكون هامة ، ولا يكون سبب ذلك مرض عضوي أو تعاطي عقاقير أو ادمان . وقد تحـدث بـدون سبب ظـاهر أو بعد حادثة ويستمر عجز العميل عن استدعاء المعلومة ربما لمدة ساعات وربما لسنين .

قد تكون الأمنازيا جزئية يرتبط فيها فقدان الذاكرة بمناطق سـلوكية محددة بعد حادثة وقد تكون عامة أو معممة حيث ينسي المريض حياته كلها كما قد يحدث الشفاء فجأة كما يحدث المرض فجأة ومن الصعب أن نميز بـين مريض الأمانيزيا ومن يدعي ذلك .

٢- التجوال النفسي :-

نوع مـن فقـدان الذاكـرة إلا أن هـذا الفقـدان يرتبـط بالتـاريخ الماضي للشخص . ويظل يتذكر الواقع الذي يحياه فقـط منفصـلا تمامـا عـن ماضيـه ، ومن أمثلة هذا المرض الذين يهربون من منازلهم ويأخذون اسما وهوية أخري في مكان بعيد ولا يتذكرون أسمهم ولا موطنهم ولا أسرهم الأصلية .. وعادة لا يستطيع المريض استدعاء الأحداث التى حدثـت لـه أثنـاء المـرض وذلـك بعـد شفائه وهو هنا أقرب لنوع من التنويم الذي يحدث بشكل غير مفـهوم علميـا حتى الآن وبكيفية مختلفة عن التنويم .

٣- اضطرابات تعدد الشخصية :-

وقد سبق وعرضنا لشخصية – بيتر – الذي تقمص سبع شخصيات متباينة منها ما هو طفل وأخر لأمرأة أو أنسة أو راشد أو شخص متخلف عقليا . وحينما يتقمص شخصية هذا الطفل يصبح سلوكه وتفكيره تفكير طفليا تماما وحينما يتقمص المتخلف عقليا يسلك نفس سلوكه بل ينخفض علي مقياس وكسلر ليندرج ضمن دائرة المتخلفين عقليا ويحصل علي درجات IQ أقل من المتوسط بينما ذكاؤه وهو في شخصيته الحقيقية يقل عن ١٠٠ IQ أي متوسط مرتفع . وكل شخصية يتقمصها الفرد لفترة معينة ثم يتقمص غيرها أو يعود إلي شخصيته الحقيقية ثم يتقمص شخصية أخري وهكذا .

٤- تفكك الشخصية :-

يشعر الفرد هنا أنه شخصين هو وأخر غريب عليه داخل ذاته . أو انه ليس حقيقة واضحة فهو يحتوي شخصيتين س ، ص مرة وهو س بجانب ص وهو مرة أخري هو ص بجانب س ويشعر كأنه أنفصل عن جسده. وكأنه يلاحظ تفكيره من الخارج كما لو كان هو يلاحظ فيلما هو الذي يمثله.

التفسير النظري للاضطرابات الانفصالية :-

بالنسبة للتوجه الدينامي :- ينظر للاستجابات الانفصالية (حيث ينفصل الفرد عن ذاته بأشكال مختلفة) علي أنها ترجع إلي أن الذات تستخدم خبرات الفرد بشكل مضاد . ومقلوب أو بطرقة تجميعية وفي هذا

القلب أو الانعكاسات لتاريخ الفرد المتكامل نتيجة لتجميع معلوماته وخبراته المختلفة شعورية ولا شعورية . فهو لا يستبعدها حيث لا يستطيع بل مجرد يقلبها فقط في هذا القلب يفقد التكامل . وتتفكك الشخصية وتنفصل عن ذاتها . وينسى الفرد اسمه وعنوانه وجماعاته المرجعية التى لها دور ومسئولية في تنمية هذه النزاعات اللاشعورية . المرفوضة .

ففي الأمنازيا مثلا وفقدان جزء من الذاكرة ينسي المريض معلوماته نتيجة كارثة قد تسبب اضطرابات عميقا وتكبت لا شعوريا وتظهر في صورة نسيان ورفض لهذه المعلومات التى ترفع القلق والتوتر عند المريض ويهرب منها بنسيانها . وفي تعدد الشخصية يعبر الفرد (بشكل لا شعوري) عن نزعة غير مقبولة لشخصيات بديلة . مما يجعله يتقمص الشخصيات لا شعوريا لكي يحيا نزعات مرفوضة ويستبعدها منها[1] ... الخ . وفي تفكك الشخصية يقف العميل من الخارج يلاحظ ما يبرره داخل ذاته من نزعات لا شعورية مرفوضة وترفع القلق أما لكي يردها ويبرر وجودها ويمنطقها مما يجعلها مقبولة من الخارج مما يخفف ويختزل القلق . وأما لكي ينكر وجودها كلية بما يخفف ويختزل القلق كذلك .

---

(١) اي يستبعد هذه النزعات غير المقبولة من شخصيات يهتم بها بعد أن يتقمصها ، ما دام لا يستطيع انتزاع استبعاد هذه النوعات من تقمص الشخصيات في الواقع كما هو .

أصحاب التعلم :-

ينظرون إلي الاستجابات الانفصالية علـي إنـها نتيجـة لمواقـف تعلـم خاطئة خضع لها الأفراد ولم تسمح لهم عناصر الموقـف التعليمـي أن يفكـروا بأسلوب منطقي في الأفعال المضطربة لتحاشي مشاعر الذنب ومشـاعر الخجـل ، وعـدم تفكيرنـا في معالجـة هــذه الاســتجابات الانفصالّيــة واســتجابات التحاشي يحدث له تدعيم حيـث أن هـذه الاسـتجابات المضطربـة فتـؤدي إلي استبعاد المثيرات السلبية والمواقف المثيرة لمشاعر الذنب والخجل ممـا يثبـت ويدعم الاستجابات المرضية .

أصحاب التعلم الاجتماعي :-

يري أصحاب هذا التوجه أن معظم الناس يقومون بلعب دور الآخرين ذوي الشخصيات القوية من خلال التعليـم بالملاحظـة وهـو شـكل مبسـط مـن أشكال تعـدد الشخصية . وقـد يحصلـون علـي معـززات نتيجـة للعـب دور الشخصيات الهامة والمتعددة هذا السلوك الذي يتم بشكل إرادى وواع قد يتـم بشكل تلقائي ويحدث له تعميم لمواقف أخري وزيادة في التعزيز ممـا يجعلـه استجابة مسـيطرة مرضيـة وليـس مجـرد عمـل إرادى ولعـب . كمـا تحـدث الاضطرابات التحويلية نتيجة لضعف الانتباه وعـدم الرغبـة أو عـدم القـدرة علي التركيز وسلوك الاستسلام ، حيث نستسلم لهـذه الاسـتجابة التعدديـة ولا ننتبه إلي أننا غيرنا شخصيتنا ولا نقدر أو لا نرغب في إدراك ذلك المـرض أو تعديــله ومع تعزيز هذه الاستجابات المرضية يصــبح من الصعب عليــنا

التخلص منها .

حيث عادة ما يزداد اهتمام الأسرة والمجتمع وعطفهم علي مثـل هذا المريض في الوقت الذي كان محروما منه من قبل إلي حد كبـير ممـا يزيـد مـن أثر التعزيز للاستجابات المرضية الانفصالية ويدعمها.

الاضطرابات السيكوسوماتيه (النفس جسمانية):

هي مجموعة من الأعراض الجسمانية التى تمثل اضطرابا أو مرضا أو ضعفا كالشلل أو الألم – وليس لها سبب عضوي بل نتيجة أضطرابات نفسـية وسلوكية أو مواقف انعصابات وشدة وبالطبع شعورا محبطا لدي المرضـي بـان لديهم مرضا خطيرا بالرغم من عدم وجود أي مؤشر فيزيقي عليـه وقـد سـبق الإشارة إلي هذه الأمراض ومن هذه الاضطرابات .

١- الاضطرابات التحويلية .

٢- توهم المرض .

(١) **اضطرابات تحويلية :-**

من أهم أعراض هذه الاضطرابات أن يحدث في عضو من أعضاء الجسم ضعف أو فقدان في وظيفة الفيزيقية مثل فقدان العين للرؤية . أو شلل الـذراع أو الساق هستيريا (أي بدون أسباب فيزيقية) . ويتم تحويل مصدر الانعصاب إلي صعوبة فيزيقية في عضو من الجسم وبالطبع يمكن التمييز بين شـلل عضـو ما نفسيا وبين شلل بيولوجي غير مهتم كثيرا بمرضـه بنفـس اهتمـام الشـلل العضوي وخلال الحـروب تكـثر الاضطرابـات التحويليـة . حيـث تـؤدي إلي

إعفاء المريض من الاشتراك في الحرب وما يرتبط بها من مواقف شديدة الانعصاب وفي الحرب العالمية أصيب كثير من العسكريين بالعمي الليلي بالرغم من عدم وجود أساس عضوي .

(٢) توهم المرض :-

عبارة عن اعتقاد عند المريض أنه يعاني من مرض عميق أو سوي يظهر لديه مرض خطير – حتى بدون وجود مبررات عضوية لذلك نجد المرضى المصابون بتوهم المرض مشغولون أو يشعرون بأحاسيس فيزيقية مختلفة . ويظهر لديهم شعور غير واقعي أي ليس له مبررات واقعية بأن هناك خطأ ما في أجسامهم . يجعلهم يتوقعون أصابتهم بمرض معين بالرغم من التأكيدات الطبية بعكس ذلك ، وبالطبع يذهبون من طبيب إلي أخر . وقد يكون هذا التوهم من العمق والاضطراب لدرجة أنهم قد يخسرون عملهم وحياتهم المنزلية . وعادة ينتشر هذا المرض بين المسنين .

وتؤكد معظم النظريات العلمية ندرة هذا المرض وقلة حدوثه وأنه غير ذائع الانتشار كما أن مدته عادة قصير ويرجعه . الديناميون خاصة الفريديون إلي نزعات لاشعورية ذو صراعات وميكانزمات دفاع معينة خاصة ميكانزم التحويل والاسقاط ، وأن المرض وأعراضه إنما يوظف لخفض مشاعر الذنب والخجل من انعصابات أخري وسوف نعرض لأمثلة من هذه الاضطرابات (تذكر مثال الزوج الذي كان يحب زوجته الجميلة – ثم عشقت غريبا وهربت معه وتركت زوجها – الذي فكر في تتبعها حيث سار .

لقتلها وقتل عشيقها ، إذا به يصاب بشلل هستيري في ساقيه . شـرحنا هـذا تفصيلا من وجهة النظر التحليلية والسلوكية ...).

كما اتضح أن بعضا من هؤلاء المرضي يستخدمون شكواهم مـن المـرض كوسيلة واستراتيجية لإعاقة ذاته (Smith et al 1983) كمـا تسـتخدم هذه الشكوي في المواقف التى يمكن أن يستخدم المـرض كسـبب أو عـذر لسـوء أداء الفرد في عمل ما ، كما قد يبعد فكر الفرد عن مشكلات أخري

اضطرابات الأكل :-

تمثل التطرف في كثرة الأكل والنهم أو زيادة الشـهية ممـا يـؤدي إلي إفراط في السمنة أو زيادة في وزن الجسم وما يرتبط بذلك مـن أمـراض . أو قـد تمثل تطرفا في فقـدان الشـهية وعـدم الرغبـة في الأكـل ممـا يسـبب النحافـة الزائدة وربما أمراض كالانيميا .

(أ) **فقدان الشهية :-**

اضطراب يتميز بعدم الرغبـة في الأكـل والخـوف الشـديد مـن زيـادة الوزن . ويصبح صورة الجسم المرغوبة مشتتة . وينتشر هـذا الاضطـراب عنـد الإناث الغربيات وتسمي الفتاة Anorectic Girl وقـد يصـل وزنـها إلي ٦٠ رطلا فقط وأوضحت الدراسـات بـالغرب أن ٥٪ مـن هـؤلاء الفتيـات يموتـون (يمتن) من فقدان وانخفاض وزن الجسم .

(ب) الشره - زيادة (النهم)

ويعني زيادة الأكل وبشكل مستمر بـدون الخضوع للنظـام المتعـارف عليه في المجتمع ، وقد تجد المريض بهذا المـرض يمضـغ شـيئا في فمـه في أي وقت تقابله أو تكلمه ... وله نتـائج سيئة علـي الصحـة الفيزيقيـة كتصلـب الشرايين وأزمات القلب ... إلخ .

التفسير النظري لاضطرابات الأكل :-

يري التحليليون أن فقدان الشهية عنـد الفتـاة بـهدف خفض الـوزن إنما يرجع إلي دوافـع لاشـعورية عـادة جنسية وعدوانيـة . ورغبـة مرتفعـة جنسية تكتب لرفض الأنا الأعلـى ورفض الجماعـة لهـا . فتظـهر في صـورة مقلوبة ترفض فيها الفتاة الرغبـة في الأكـل تمامـا وكذلـك ترفض مـا يرتبـط عندها بالجنس كالدورة وفترة المراهقة والنمو الجسمي المصاحب لها ينعكس كل هذا في رغبة في خفض الوزن والعودة لفترة مـا قبـل البلـوغ . ومـا يرتبـط بهذه ، رغبة في فقدان الشهية ، وفقـدان الـوزن الشـديد يخفـض مـن أرداف الفتاة ومن استدارة الصدر . ويرتفع الصراع حول السلوك الجنسي واحتمالات الحمل عادة عند مثل هذه الفتاة .

بينما يري أصحاب نظريات التعليم أن الخوف من الوزن يظـهر عنـد الفتيـات المثقفـات نتيجـة معلومـات طبيـة عـن خطـورة الدهنيـات الزائـدة بالجسم. ومع وجود معايير معينة لجماعات عمرية وحقـائق في هـذا العصـر يصبح الجسم النحيف مفضلا لدي الذكور . ومـع ميـل الشـباب والفتيـات إلي

التطرف في معظم الأمور ، يتجمع كل هذا ليكـون مثـلا عنـد الأنثـى لخفـض الوزن . نتيجة لتعليم اجتماعي خاطئ ومع فقدان الشـهية والسـمنة الزائـدة يرجعان إلي أصول سيكولوجية / إلا أن بعض الدراسات وجـدت لهمـا أصـولا بيولوجيـة كمـا في اضطرابـات الهيبوثلامـوس كمـا وجـد أن بعـض النـاقلات العصبية مثل النورابنفرين (من الغدة الأدرينالية) تؤثر علي الهيبوثلامـوس وتثير الحيوان إلي الأكل بنهم ويدفعه إلي حب وتفضيل الكربوهيدرات بينمـا النـاقل العصبي سيرتونين Serotanin عكـس النورابنفريـن حيـث ينتـج شعورا قويا بالاشباع عند الكائن ومـهما كـان جائعـا ويمنـع رغبـة الفـرد إلي الأكل خاصة للكربوهيدرات

(Kaplon R Woodside 1987)

اضطرابات وجدانية :-

تتضمن منه الاضطـراب أعراضـا نفسـية متعـددة كـاضطراب التفكـير وانخفاض الاستبصار بالذات بدرجات متفاوتة ... إلخ إلا أن السـمة الغالبـة هي اضطراب الوجدان تعني ليبدو وكـأن هـو الاضطـراب والعـرض الأساسـي الوحيد مثل زيادة الحزن وما يرتبط أو زيادة الطيرة والتـهيج والسـرور ومـا يرتبط بـه ومن هنا فان أهم هذه الاضطرابـات هـو مـا يسـمي بالاكتئـاب ومـا يسـمي بالتـهيج elation أو الهـوس Mansia وبـالطبع لا يوجـد وراء أي منها أسباب موضوعية أو بيولوجية ونتناولها تفصيلا فيما يلي :-

الاكتئاب الكبير [1]:

يري سليجمان أن الاكتئاب ينتشر في معظم الاضطرابات النفسية مثل انتشار نـزلات الـبرد مـن معظـم الأمـراض الفيزيقيـة (Seligman 1973) والمكتئب يشعر بالحزن ويشكو من انخفاض الطاقة والقدرة علي العمل الفعلي والحركي وانخفاض تقدير الذات صعوبة في التركيز ويرتبط بالاكتئاب أفكـار معينة حول الانتحار وكذلك شهية ضعيفة نقصا في الوزن صعوبة في الـتركيز اللامبالاة محاولات الانتحار . وقد يصاحب أحيانـا تشـوه الإدراك وهـلاوس وتسمي هنا أعراضا ذهانية كما يصاحبه ضـلالات واحتكـار الـذات والشـعور بـالذنب لأفعـال خاطئـة فيتخيلـها في ضلالاتــه . وقـد تتضمــن الهـــلاوس احساسات جسمانية غريبة .

اضطرابات ثنائية [2]:

وهو ما كان يطلق عليه سابقا – الهوس – الاكتئاب ويتضمن الانتقال أي انتقال المريض من حالة الحزن والاكتئــاب إلي حالـة التطـاير والهـوس ، غير مرتبطـة بـالأحداث الخارجيـة / وفي حالـة التطـاير أو الهوائيـة تظـهر استثارة متطرفة وسخافات متطرفة وسخافات رغبــات مـن نكـت سـخيفة – تكون أحلامهم وآرائهم سخيفة وغير منطقية غالبا ، كلامهم يكون سريعا إلا أنهم ينتقلون من موضوع لآخر بسرعة وسهولة وبدون مـبررات موضوعيـة ،

---

(1) Major Depression.

(2) Bipolar.

ويظهر لديهم التطاير في الأفكار ... وعادة يتهورون في اتخاذ القرارات حتى لو كانت مصيرية ومرتبطة بكتابة عقود وشيكات مصرفية وتجدهم كرماء بشكل متطرف ولا يهتمون بضياع ما يملكون ومن الصعب عليهم النوم المستقر.

بينما في مرحلة أو فترة الاكتئاب ينام المريض طويلا أكثر من المعتاد .. ويظهر عليهم انسحاب وميل إلي العزلة .. وبعض الأفراد يحاولون الانتحار ، وقد تظهر ضلالات وهلاوس وهنا تزداد احتمالات الانتحار وعادة تكون نوبة الاكتئاب أول من الهوس ويكون بينها فترة يكون المريض أقرب إلي السواء وقد يكون التناوب في شكل دوري أي هوس – هوس – اكتئاب ، هوس – سواء – اكتئاب ، اكتئاب – اكتئاب – هوس وتكون الفترات الزمنية فاصلة بعد كل دورة أو أثنين ، ولا تخضع لقاعدة معروفة.

التفسير النظري :-

يميل كثير من الباحثين إلي وضع أو طرح تفسيرات بيولوجية للاضطرابات الثنائية الوجهة الدينامية :-

يري الديناميون أن المكتئبين يهتمون بجرح مشاعر الآخرين أو فقدان تقبلهم ويكتبون مشاعر الغضب بدلا من التعبير عنها مما يجعل الغضب المكبوت يتحول إلي بؤس وكراهية للذات . والاضطراب الثنائي نتيجة صراع بين الأنا الأعلى حيث يسيطر مع كراهية الذات فيحدث الاكتئاب ورفض الذات وإذا استطاع الأنا السيطرة فان هنا تحدث الطيرة والهوس ... هكذا

التوجه المعرفي :-

يرجعون الاكتئاب لشروط تعليمية خاطئة ومعارف غير مترابطة تعتبر عن المنطق الموضوعي – والاكتئاب في نظرهم يمثل اتجاها ينعكس في سمة الحزن في السلوك وتوقعا منعكس في الخوف وتوقع حدوث الشر والكوارث ومن العوامل المعرفية وراء الاكتئاب – الذين ينشدون الكمال بشكل متطرف وغير منطقي – ويسهم في سرعة الإصابة بالاكتئاب عند هؤلاء أجسامهم بقدر جاذبيتهم وصور الذات السلبية والمشوهة وهم أقل رضا عن أجسامهم من العاديين ويميل المكتئبون إلي استجابة الفشل والحزن (Goodbark 1985 – ويري سليجمان وزملاؤه أن الأمور حينما تسير في مسار خاطئ فاننا نفكر في أسباب الفشل داخلنا أو خارجنا – مستقره أو غير مستقره كلية أو نوعية) مثل لوم تأنيب الذات كسبب داخلي أو لسبب خارجي – ويميل المكتئبون إلي تعميم الآثار الوجدانية لحادثة فاشلة ومحزنة (arveretal) ويسود المكتئبون شعور قوي باليأس من تغيير الأمور الفاشلة والمحزنة إلي الأفضل .

Blumhery R I zard 1985.

التوجه العضوي :-

في دراسة للباحثة أجلاند Egeland وزملاؤها في جامعة بنسلفانيا ١٩٨٥ . بحثت انتشار مرض (الاضطراب الوجداني الثنائى) وتحكمت في جينات DNA وانتهت الباحثة إلي أن الشروط الجينية تخلق استعدادا لهذا المرضي لكنها لا تؤدي إلي ظهوره .

وامتـدت دراسـات هـذه الباحثـة إلي النـاقلات العصبيـة مثـل النورابنفرين ووجد أن الفيران التى ينخفض لديها إفراز النورابنفرين يكـون سلوكها أقرب إلي الاكتئاب وينقص وزنهم وتضعـف شـهيتهم والتفـاعل بـين العوامـل الالبيرارجيـة (مثـل مسـتوي النورابنفريـن) والنسـبية (تعلـم الاستسلام) يؤدي إلي مشاعر الاكتئاب .

وفي دراسة سليجمان سنة ١٩٧٥ وجاي وييس **Jay Wass** ١٩٨٢ وجد أن الكلاب عند تعلم الاستسلام في الهـرب مـن الكـهرباء يظـهر لديـهم انخفـاض في النوراينفريـن بـالمخ يعـني أن اليـأس وعـدم النشـاط يرتبطـان بانخفاض النورابنفرين / بينما في أعراض ألمانيا أو الهوس يكون العكس .

بينمـا يميـل أصحـاب التعلـم إلي إرجـاع الاكتئـاب لتعليـم خـاطئ / فحينما لا تعزز اسـتجابات الحيوانـات المتعلقـة فإنـها تستسـلم ولا تحـاول إصدار استجابات عادية منها والمكتئب نتيجة احباطات متوالية وعدم تعزيز استجاباته يحث له الاكتئاب ويقل الوزن والشهية ويري ليفنسـون أن بعـض المكتئبين تنقصهم مهارة الحضور علي معززات وبعضهم غير مؤكـد لذاتـه . ومن هنا فان التدريب علي المهارات الاجتماعية يمكن أن يخفض من أعـراض الاكتئاب ، كما يعالج بعقار الـ **Serotonin** مع ارتفاع النورابنفرين يخلق هوسا .

الانتحار :-

ينتشر كثيرا بين طلاب الجامعة وفي تقدير لانتشار محاولات لانتحار عند طلاب الجامعة الأمريكية وجد أن حوالي ١٠,٠٠٠ طالب جامعي يحاولون الانتحار سنويا بأمريكا ، بينما النسبة العامة للجمهور بأمريكا حوالي ٢٠٠,٠٠٠ أمريكي يحاولون الانتحار وعادة تنجح محاولة واحدة من كل عشر محاولات ، وقد وجد أن محاولات الإناث ثلاث أضعاف محاولات الرجل بينما محاولات الانتحار التى تنجح عند الرجال تبلغ ثلاث أضعاف محاولات الانتحار التى تنجح عند الإناث(١)

وعادة يفضل الرجال استخدام البنادق والمسدسات / بينما الإناث استخدام حبوب النوم / كما وجد أن معظم المنتحرين من المكتئبين / ومع أن كل الذين حاولوا تظهر عليهم مؤشرات اليأس والاستسلام إلا أنهم لم يفقدوا الصلة بالواقع . وغير أنهم يشعرون بأن الحياة فارغة ومملة لا عني لها ويتسم هؤلاء عادة بارتفاع القلق . والاستشارة والخضوع وانخفاض الكفاءة ويذكر معظم الإناث اللاتي حاولن الانتحار إلي أن الوالدين هما مصدر الألم الذي أدي بهن إلي محاولات الانتحار (cantor 1976) ولا يجدن عند الوالدين المساعدة حينما يعز عليهم الحصول عليها ويري بعض الباحثين أن التفكير في الانتحار ليس بالضرورة دلالة علي الذهان أو العصاب أو لاضطرابات الشخصية بل عادة ما يعكس ضيقا وصعوبة في مجال الاختبار

(1) Rathus 1990 P 498

كما هو متاح للآخرين (Cardes) .

الفصام Pchizophrenia

يتميز باضطراب في :-

١- الفكر واللغة .

٢- الإدراك والانتباه .

٣- النشاط الحركي .

٤- المزاج والوجدان .

٥- الانسحاب والاجترار غير المنطقي وغير المترابط .

القفز من موضوع لآخر بدون وعي بهذه الأعراض . وعادة توجد ضلالات مثل ضلالات العظمة والاضطهاد . وأن الفرد هو مصلح زمانه مثلا وأنه خطر علي الفاسدين وأهل الحكم وبالتالي يضطهدونه - كما توجد هلاوس لا يستطيع تمييزها من الواقع معظمها سمعية وبعضها بصرية وقليل منها شمية أو لمسية - وتوجد حركات غريبة وكذلك تعبيرات الوجه . وتكون الاستجابات الانفعالية ويندمج في أوهامه وأفكاره وهناك أنواع مختلفة من الفصام - يحدد لنا DSM III. R هي ثلاث أنواع من الفصام هي :-

١- فصام مفكك disorganized

٢- كاتاتوني catatonic

٣- بارانويدي poranoid

(١) الفصام المفكك :- disorganized

تمثل العلاقات بينه وبين الآخرين مواقف ضاغطة وغير ثابتة من حيث كونها مواقف شدة وانعصاب فهو حينا يتهمهم بالتخطيط ضده أو ظلمة وحينا أخر يرفع هذا الاتهام إلا أنهم لا يكونون معه أوله . ويؤدي هذا إلي تفكك واضح واستجاباته للآخرين وسلوكه عامة ، ويدعم ذلك ضلالات مفككة – فهو مثلا يخطط له لكي يودعه المستشفي بتوصية منه حتى يتلخص منه ومزاج ممل – عادة يهملون مظهرهم وصحتهم حتى أن بعضهم قد يفقد القدرة علي التحكم في بعض وظائفه الجسمانية كالتبول .

(٢)– فصام كتانوني :–

من أهم أعراضه ضعف شديد أو اضطراب في نشاطه الحركي – وقد يظهر عليه أعراض حركات تتصف بالعنف – وأحيانا يصبح كالشمع في تصلبه ومرونته ويحدث له تصلبا حركيا كلوح من الخشب . ويرفض حتى مجرد الكلام في ذلك الوقت ويبدو وكأنه في حالة خطيرة من حالات الإغماء . وحينما تعود له مرونته الحركية ويبدأ يقرر أنه سمع كل ما قاله الآخرون في هذا الوقت .

(٣) – فصام بارانويدي :–

يرتبط بمشاعر العظمة ويتضمن ضلالات منتظمة أفكار تكون ثابتة – مثل اعتقاده بأنه شخص علي صلة بقادة عظماء أو بالجن أو بقوة خفية .. وأنه والاضطهاد من حوله مما يدفعهم للمكيدة له أو يرتبط هذا بهلاوس

سمعية وضلالات العظمة والاضطهاد وما يرتبط بهذا من غيره ومن شك في الأصحاب والأقارب . ونجد تفكك السلوك والتفكير بالطبع كأي فصام أخر . غير أننا يجب أن نميز بين فصام البرانويا ومرض البرانويا . فمرض البارانويا هو اضطراب عادة بضلالة واحدة في معظم الأحوال أو نسق ضلالي ثابت ولا تمتد لضلالات أخري كما في فصام البرانويا ، وبينما توجد هلاوس تشكل سلوك فصام البارانويا ، فان الهلاوس – لو وجدت عند مريض البارانويا . فانها لا تكون مسيطرة علي سلوكه بل قد يتحكم فيها بحيث لا تؤثر علي حياته اليومية . وقد يحيا حياته العادية وربما يكتشفه الأخرون علي أنه مريض طالما لا يتصرف ولا يسلك علي أساس ضلالاته . وربما يكتفي بأن يحكي عنها علي مستوي لفظي وحكايات غريبة تبعث الأخرين علي السخرية منه لا علي أنه مريض بل علي أنه مصدر حكايات مثيرة للضحك وأنه ربما يكون "فشارا" "كذابا" .

التفسيرات النظرية :-

(١) التوجيهات الدينامية :-

يرجعون الفصام إلي ضعف في الأنا وعدم قدرته علي التوفيق بين نزعات الهو من نبضات جنسية وعدوانية ومتطلبات الأنا الأعلي والواقع الاجتماعي . يسبب هذا صراعا داخليا عنيفا وتحت هذا الصراع ينكسر الفرد للمرحلة الفمية وهي مرحلة لا يعرف الفرد فيها تمييزا بين ذاته والعالم وتصبح الأوهام مختلطة بالواقع وتسبب هلاوس وضلالات كما تصبح النزعات

البدائية والليبيدية أقوي من المعايير الاجتماعية وتستطيع أن تظهر في أنماط سلوك غير واقعية مرفوضة من المجتمع . ويصبح الرفض متبادلا بين المجتمع والمريض . غير أن بعض العلماء المعترضون علي التحليلية يؤكدون أن السلوك الفصامي ليس مماثلا لسلوك الطفل – كما أن الوجهة التحليلية لم تستطع أن تحدد لنا الأساس أو الاستعداد الفطري للفصام .

توجه أصحاب نظريات التعلم :-

الأرضية الأساسية لهؤلاء أن جميع اضطرابات السلوك هي نتيجة لمواقف تعلم خاطئة . وينطبق هذا أساسا علي الفصام – خاصة من خلال التعلم بالملاحظة وبالتشريط وعمليات العزيز . والتي تكون أكثر وضوحا حينما يلاحظ المرضي أن سلوك المريض الفصامي يدعم – بتركيز الانتباه عليهم – أكثر من السلوك العادي – فالطفل المشاغب – كما يذكر رازاس يجذب انتباه مدرسه أكثر من الطفل العادي . وحينما ينشأ المريض في بيئته اجتماعية تمتلئ بالعقاب . حيث تصبح الأوهام الداخلية معززة أكثر من الواقع . غير أنه لا يمكن التسليم بهذا التفسير باعتباره التفسير الوحيد للفصام . وهي أن كثيرا منا ينشأ في بيئة مليئة بالعقاب وقد لا يلاحظ فصامي من قبل قط ومع ذلك يصاب هؤلاء بالفصام. مما يؤكد أنه ليس العقاب ولا ملاحظة الفصاميين تسبب بالضرورة أعراضا فصامية ولأن نظريات التعلم تجارب معملية فانه أمكن توظيف حقائقها أو نتائج دراسته في عمليات علاج الفصام واستخراج اساليب فنية (تكنيكات) متخصصة تقوم علي توظيف

قوانين وحقائق التعليم ، بحيث يلائم كل تكنيك علاج اضطراب معين كما متبع في علاج الأمراض الفيزيقية بعقاقير نوعية لكل مرض عقار أو فئة عقاقير معينة .

غير أن الباحثين الذين يعارضون نظريات التعلم يقولون أنه تطبيقات هذه النظريات في علاج اضطرابات السلوك لم تقدم لنا ما يؤكد صدق أو قدرة هذه النظريات في تعديل اضطراب التعبير والتفكير .

توجهات جينية :-

المقصود بالجينية هي وجود أساس بيولوجي – عادة وراثي داخل تركيب الجينات حاملة الأسس الوراثية وبرامج حياة صاحبها وأنماط سلوكه واضطرابات وأمراض هذا السلوك .

وبرغم وجود أساس جيني ووراثي لاضطرابات السلوك أن هذه الاضطرابات أو عظمها عادة ما تمتد داخل أسر محددة . فمثلا وجد أن نسبة الفصاميين للمجتمع كله حوالي ١٪ أي في كل مائة شخص هناك احتمال أن نجد فصامي واحد ، بينما لو أخذنا الأباء الفصاميين فانه من المحتمل أن نجد في كل مائة أب ٣٥ فصامي أي نسبة ٣٥٪ وهي نسبة مرتفعة جدا بالنسبة لانتشار الفصام في المجتمع العام .

وهذه النسبة في التوائم المتماثلة نجد من ٦٠٪ إلي ٨٥٪ في الأخوة من ٢٠٪ إلي ٣٤٪ كما وجد أن الأبناء الذين – لظروف معينة – لم يروا آباءهم الطبيعيون وتربوا في أسر بديلة يسمون في الغرب بأباء غير طبيعيون – أن

نسبة انتشار الفصام عند هـؤلاء الأبنـاء أكـثر مـن انتشـاره عنـد الأبـاء غـير الطبيعيين الذين ربوا هؤلاء الأبناء .

وأكد هذا في رأي كثير من الباحثين أن الأسـس الجينيـة أو الوراثيـة المسببة للفصام أكثر من العوامـل الخارجيـة الاجتماعيـة . وبعـض البـاحثين رغم صدق البحـوث السـابقة لا يسـلمون بمـا اسـتنتجه زملاؤهـم مـن وجـود الأساس الوراثي – ذلك أن تمـاثل البنـاء البيولوجـي عنـد الأبـاء الطبيعيـين والأبناء – وهو أمر مسلم به – إلا أنه قد لا تعطي أمراض الفصام واضطرابات السلوك وسببا لها . وإنمـا هـذا التمـاثل يسـاعد الأبـاء والأبنـاء علـي إدراك المثيرات الخارجية إدراكا متماثلا . فما هو موقف إشباع أو شدة لـلأب يمثـل كذلك للابن وتكون استجاباتهم واحدة لهذه المواقف مما يساعد علي خـبرات متعلمة متماثلة لدي الأب والابن وبالتالي ردود لهذه الخبرات والمثيرات ومـا قد ينتج عن ذلك من انعصابات واضطرابات سلوك .

أي أن الأساس الوراثي ليس هو المسئول المباشر والوحيد عـن الفصـام بل أنه مجرد استعداد للإصابة بهذا المرض ، وتنتمي البيئة هـذه الاسـتعداد أو تجعله كامنا ويتجنبه .

٤- نظرية الدوبامين :- Dopamine

الدوبامين من النـاقلات العصبيـة التـى تفـرز في الجـهاز العصـبي – والناقلات العصبية كالدوبـامين والاستيل كولـين تسـهم في نقـل التنبيـهات العصبية داخل الجهاز العصبي بتفاعلها كيميائيا مع مواد أو ناقلات عصبيـة

أخري داخل الجسم .

وقد اتضح من بحوث متعددة أجراها العلماء منهم سيدر سـنة ١٩٨٠ وثوركنجتون سنة ١٩٨٣ أننا إذا أعطينا شخصا مـا عقـارا منبـها مثـل عقـار الأمفيتـامين – نجـد أن نسـبة افـراز مـادة الدوبـامين تزيـد في جسـم أو مـخ الإنسان ، وكلما زادت جرعة الأمفيتـامين يزيـد افـراز المـخ لمـادة الدوبـامين وعند مستوي عالي من الجرعة تظهر أعراض فصامية بارانويدية على المريض : وعندما نخفض الجرعة من الأمفيتامين إلي حد معين تصبح أعراض الفصـام البارانويدي – أعراضا فصامية غير محددة Synder 1980 وهذا يعـني أن اختلال مـادة الدوبـامين في مـخ الإنسـان خاصـة بالزيـادة تـؤدي إلي أعـراض فصامية بارانويدية . وانتهت دراسة أخري إلي تأكيد أثر مادة الدوبامين علي الفصـام حيـث وجـد أن عقـار ريوتيـوزان Rheothionines ولـه فاعليـة مرتفعة في علاج الفصام – وبالبحث عن سبب فعاليته وجد أنـه يوقـف عمـل مستقبلات وإفراز الدوبامين .

الفصل السادس
الاعتماد على العقاقير
(Drug Dependency)

تستخدم بعض العقاقير فى مجال علاج الأمراض النفسية. ولكن نجد أن بعض هذه العقاقير قد يساء إستخدامه. أو قد يؤدى إستعماله بشكل خاطئ إلى الإعتماد عليه من قبل بعض المرضى. ويستتبع هذا مجموعة من الأعراض التى تمثل مشكلة إكلينيكية تحتاج هى الأخرى إلى علاج .

والحقيقة أن المجال لايتسع لتناول كل الأشكال المختلفة من سوء إستخدام العقاقير أو الإعتماد عليها. ولكنا سنقتصر فى تناولنا لها على أكثرها إنتشاراً لنلقى الضوء على أبعاد تلك المشكلة .

المصطلحات المرتبطة بالإعتماد على العقاقير :

تجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من المصطلحات المستخدمة فى مجال تناول العقاقير بصورة تخالف الإستخدام الطبى الموصوفة له. وهناك العديد من التعريفات لهذه المصطلحات، من أكثرها إستخداماً التعريفات التى وضعتها الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٨٧) فى كتيبها ذائع الصيت (الكتيب التشخيصى الإحصائى الثالث المراجع) للأمراض النفسية والمعروف إختصاراً بـ (DSM-III-R). وهو ماسنعتمد عليه فى هذا السياق. نظراً لأنه من أكثر التصنيفات المستخدمة فى مصر والعالم. والأكثر قبولاً فى مجال الطب النفسى والعمل الإكلينيكى على وجه الخصوص .

١ - سوء الإستخدام :

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسى. وفقاً لكتيب التشخيص سوء إستخدام العقار Drug abuse بأنه نمط غير متكيف أو نمط لاتوافقى Maladaptive pattern من إستعمال المادة يتميز بالخصائص التالية :

أ - وجود أحد السمات التالية :

(١) التناول المستمر للمادة على الرغم من معرفة الفرد بالمشاكل النفسية والإجتماعية والمهنية والجسمية، التى تنشأ من إستخدام هذه المادة .

(٢) تكرار إستخدام المادة فى المواقف التى يحتمل فيها حدوث مخاطر بدنية (كالقيادة أثناء التسمم بالمادة) .

ب - ***إستمرار بعض أعراض الإنسحاب المزعجة*** لمدة شهر على الأقل، أو تكرار ظهورها على مدى فترة زمنية طويل .

جـ - لاتنطابق هذه الخصائص مع محكات الإعتماد على العقاقير .

٢ - التسمم :

ويعنى التسمم أو الإنسمام Intoxication بأى مادة، ظهور سلوك غير توافقى Maladaptive . أو ظهور بعض الأعراض التى ترجع إلى التناول الحديث لمادة ما. والصورة الإكلينيكية لهذه الأعراض تعتمد على طبيعة المادة المستخدمة. والتى يمكن التعرف عليها من خلال التاريخ المرضى. أو الفحص الجسمانى. أو بعض الفحوص المعملية .

وتعتمد بداية التسمم على كمية المادة المتعاطاة. وطريقة تعاطيها. ومدى تحمل الفرد لها. وحجم الجسم. وقد يكون التسمم لعدة ساعات قليلة. أو يستمر لعدة أيام. والشخص الذى يتكرر تسممه بمادة ما خلال

شهر واحد، يمكن تعريفه بأنه مسئ الإستخدام Abuser، أو معتمد dependent على المادة .

وتشمل محكات تشخيص التسمم مايلى:

أ - ظهور مجموعة نوعية من الأعراض نتيجة تعاطى حديث للمادة .

ب - سلوك غير توافقى أثناء اليقظة يرجع إلى تأثيرات المادة على الجهاز العصبى، مثل المشاكسة Beliigernece أو ضعف القدرة على الحكم. أو إضطراب الأداء المهنى أو الإجتماعى .

ج - لاتنطابق الصورة الإكلينيكية مع أى من محكات تشخيص زملة الأعراض العضوية للمخ .

٣ - الإعتماد على العقاقير :

أحلت منظمة الصحة العالمية (١٩٦٤) مصطلح الإعتماد على العقاقير Drug dependency محل مصطلح الإدمان Addiction لإرتباط الأخير بالصورة النمطية لإدمان الأفيون. وعرفت الإعتماد بأنه حالة نفسية وأحياناً عضوية. تنتج من تفاعل العقار مع الجسم، وتشمل التعاطى المستمر للعقار، وزيادة جرعته بغرض زيادة آثار اللذة الناتجة عنه، أو تجنب الآثار المزعجة الناتجة عن غيابه .

ويتم تشخيص الإعتماد على العقاقير وفقاً للكتيب التشخيصى الإحصائى الثالث المراجع بالمحكات التالية :

أ - وجود ثلاثة على الأقل من العلامات التالية :

١ - تناول المادة بكميات كبيرة غالباً. أو لفترة أطول مما يقصده الفرد .

٢ - رغبة دائبة ومستمرة. أو وجود محاولة أو أكثر من المحاولات الفاشلة بغرض التوقف عن تعاطى المادة أو التحكم فى إستخدامها .

٣ - قضاء وقت طويل فى أنشطة ضرورية للحصول على المادة. أو تناولها. أو التخلص من آثارها .

٤ - ظهور أعراض متكررة من التسمم أو الإنسحاب، يتم توقعها عند القيام بالإلتزامات فى العمل أو المدرسة أو المنزل (مثل عدم القدرة على الذهاب للعمل نتيجة الآثار المترتبة على العقار، أو يقوم برعاية أولاده وهو فى حالة تسمم). أو عندما يسبب إستخدام المادة خطراً جسمانياً (كالقيادة وهو فى حالة تسمم) .

٥ - التوقف عن الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الإبداعية الهامة، أو نقصها نتيجة إستخدام المادة .

٦ - الإستمرار فى إستخدام المادة على الرغم من معرفة الأضرار الإجتماعية والنفسية والجسمية التى تنشأ أو تزيد بإستخدام المادة .

٧ - ظهور التحمل أو الإحتمال Tolerance الملحوظ (ويعنى الحاجة لزيادة كمية المادة المستخدمة بنسبة ٥٠٪ على الأقل) من أجل إحداث التسمم أو الحصول على الأثر المرغوب. أو النقص الملحوظ لتأثير المادة نتيجة الإستخدام المستمر لنفس الجرعة .

٨ - ظهور أعراض إنسحاب مميزة لكل مادة .

٩ - تناول المادة بهدف التخلص من أو تجنب أعراض الإنسحاب .

ب - إستمرار بعض الأعراض لمدة شهر على الأقل. أو تكرار حدوثها لفترة زمنية .

ويتم تصنيف الإعتماد من حيث الشدة إلى خمس مستويات هى: -

أ - إعتماد خفيف: Mild

وفيه تكون الأعراض قليلة، ولا تؤدى إلا إلى إضطراب طفيف فى الوظيفة المهنية أو فى الأنشطة الاجتماعية المعتادة، أو فى العلاقات بالآخرين .

٢ - إعتماد متوسط: Moderate

هو حالة وسط بين الإعتماد الخفيف والإعتماد الشديد .

٣ - إعتماد شديد: Severe

فيه توجد مجموعة عديدة من الأعراض تزيد عن تلك المطلوبة للتشخيص، وهذه الأعراض تؤثر بشكل واضح على الأداء المهنى، أو على الأنشطة الإجتماعية، أو على الأقل بالآخرين .

٤ - توقف جزئى: In partial remission

وفيه يكون هناك بعض الإستخدام للمادة خلال الستة أشهر الماضية، مع بعض أعراض الإعتماد .

٥ - التوقف النهائى: In full remission

وفيه لايكون هناك أى إستخدام للمادة لمدة ستة أشهر، مع عدم وجود أعراض إعتماد .

والإعتماد على العقاقير قد يكون نفسياً Paychological، أو جسمياً Physical. أما الأول فيعنى الشعور بالإرتياح النفسى واللذة نتيجة تناول العقار، مع الرغب الملحة سواء بشكل متصل أو متقطع فى تناول العقار للحصول على هذه المشاعر. أما الاعتماد الجسمى فيعنى تعود وظائف الجسم على كميات معينة من العقار. وعند تقليل كميته أو التوقف عنه. تظهر بعض الأعراض الجسمية بشكل مزعج، وهى الأعراض التى تسمى بأعراض الإنسحاب التى سرعان ماتختفى بمجرد تناول الفرد للعقار الذى إعتمد عليه. وبعض العقاقير تسبب الإعتماد النفسى فقط كالحشيش والكوكايين والمنشطات. وبعضها يسبب الإعتماد النفسى والجسمى معاً كالأفيون والمهدئات والمنومات وغيرها .

٤ - الإنسحاب :

هناك مجموعة من الأعراض تسمى بأعراض الإنسحاب Withdrawal symptoms تنشأ نتيجة التوقف عن تناول مادة معينة، أو تخفيض الجرعة المعتادة التى تعود الفرد على إستخدامها. وقد تكون هذه الأعراض نفسية. وإن كانت فى الأغلب جسمية .

ويحدد الكتيب التشخيصى الثالث المراجع، **محكات زملة أعراض الإنسحاب فيما يلي:**

١ - ظهور مجموعة من الأعراض عند التوقف عن تعاطى العقار. أو تخفيض الكمية المعتادة منه لدى فرد اعتاد إستخدام المادة بشكل منتظم .

٢ - لاتتطابق هذه الأعراض مع محكات تشخيص زملة أعراض المخ العضوية .

وبالطبع فإن أعراض الإنسحاب تختلف من عقار لآخر سواء فى طبيعتها أو فى شدتها، أو فى المدة التى تستغرقها .

وبعد هذا العرض لأهم المصطلحات المستخدمة فى مجال الإعتماد على العقاقير نبدأ فى إستعراض أكثر أنواع الإعتماد إنتشاراً وأهمية .

١ - الإعتماد على المهدئات والمنومات

(Sedatives & hypnotics dependency)

يعد إستخدام المنومات والمهدئات وخاصة مشتقات البنزوديازيبين أمراً شائعاً سواء فى المجال الطبى (أكثر العقاقير المستخدمة لإزالة القلق) أو من حيث سوء الإستخدام من قبل بعض الأفراد. وتستخدم هذه المواد على هيئة أقراص أو حقن.

وقد ضم الكتيب التشخيصي الثالث المراجع، المهدئات والمنومات ومزيلات القلق في مجموعة واحدة لها نفس المحكات التشخيصية، سواء من حيث التسمم بها. أو من حيث أعراضها الإنسحابية .

١ - محكات التسمم :

تشمل المحددات التشخيصية للتسمم بالمهدئات والمنومات ومزيلات القلق الأبعاد التالية :

أ - استخدام حديث للمنومات والمهدئات ومزيلات القلق .

ب - تغيرات سلوكية لاتوافقية مثل غياب كف Disinhibition النزعات والدفعات الجنسية والعدوانية، والتغير المزاجي، وضعف القدرة على الحكم. وإضطراب الأداء الوظيفي مهنياً واجتماعياً .

جـ - وجود علامة مرضية واحدة على الأقل من العلامات التالية:

١ - تلعثم وثقل الكلام Slurred speech

٢ - عدم التآزر الحركي Incoordination

٣ - ترنح المشي .

٤ - إضطراب في الإنتباه .

د - لاترجع هذه الأعراض إلى إضطراب جسمي أو عقلي .

٢ - محكات الإنسحاب :

هناك نوعان من أعراض الإنسحاب التي تظهر مع توقف أو نقص كمية المهدئات والمنومات التي يستخدمها الفرد. النوع الأول يكون غير مصحوب بمضاعفات Uncomplicated. وهو الأكثر حدوثاً. والنوع الثاني المصحوب بالمضاعفات كالهذيان Delirium أو إضطراب النسيان

Ammnestic disorder وسنكتفى بعرض محكات النوع الأول التى تتمثل فيما يلى:

أ - **التوقف عن الإستخدام الطويل** (أسابيع عديدة) للإستخدام المتوسط أو الشديد للمهدئات أو المنومات. أو تخفيض كمية المادة المستخدمة. والمصحوبة بثلاث أعراض على الأقل من الأعراض التالية.

١ - الغثيان أو القئ .

٢ - الشعور بالإجهاد أو الضعف .

٣ - زيادة نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى مثل زيادة معدل دقات القلق. أو زيادة العرق .

٤ - القلق أو التوتر .

٥ - إنخفاض ضغط الدم فى حالة القيام من القعود .

٦ - رعشات واضحة فى اليدين واللسان وجفون العينين .

٧ - أرق واضح .

٨ - نوبات صرع كبرى .

ب - **لاترجع** هذه الأعراض إلى أى مرض جسمى أو عقلى .

وفيما يتعلق بالبنزوديازيبين بشكل خاص فإن بعض الأفراد الذين يتناولون مشتقات هذه المادة لأغراض علاجية وبجرعات بسيطة لعدة سنوات، يمكنهم التوقف المفاجئ عنها دون حدوث أى مشاكل. بينما يظهر لدى البعض الآخر مجموعة من علامات الإعتماد الجسمى عليها. وتظهر لديهم أعراض إنسحابية شديدة إذا ماتوقفوا عنها أو خفضوا من الجرعة المعتادة. والبعض الثالث قد يتحمل تخفيض الجرعة بشكل تدريجى إلى مستوى ١٠-١٢٪ مما كان معتاداً عليه./ ولكن أى تخفيض آخر فى هذه الجرعة يؤدى إلى ظهور أعراض شديدة .

وزملة أعراض إنسحاب البنزوديازيبين تأخذ شكلين: الأول أعراض إنسحاب الجرعات المنخفضة Low dose BDZ withdrawal symptoms والثانى أعراض إنسحاب الجرعات العالية High dose. وتختلف هذه الأعراض بإختلاف الكمية المعتادة من العقار. وأيضاً بإختلاف نوعية العقار المستخدم من حيث هو قصير المفعول أو طويل المفعول. وتشمل أعراض الإنسحاب للنوع الأول التوتر، وسرعة الإستثارة. وزيادة دقات القلب. والأرق. والكوابيس الليلية، وآلام بالعضلات. وزيادة الحساسية للأصوات. وعادة ماتبدأ هذه الأعراض بعد ١-٧ أيام من وقف الجرعات .

أما أعراض الإنسحاب للنوع الثانى (العالى الجرعة) فتشمل القلق، والأرق. والكوابيس الليلية، ونوبات الصرع، والذهان، وإرتفاع درجة حرارة الجسم، وأخيراً قد تحدث الوفاة. وعادة ماتبدأ هذه الأعراض فى الظهور بعد يوم أو يومين من التوقف عن العقاقير قصيرة المفعول، وبعد ٣-٨ أيام من التوقف عن العقاقير طويلة المفعول .

٢ - الاعتماد على المنشطات

(Stimulants dependency)

تعد المنشطات كما يبدو من إسمها من المواد التى تؤدى إلى زيادة نشاط الجهاز العصبى المركزى، والجهاز العصبى السيمبثاوى نتيجة تنشيطها لإفراز هرمون النورأدرينالين. ومن أمثلة هذه المواد وأكثرها أهمية الأمفيتامين ومشتقاته. بالإضافة إلى الإفيديرين Ephedrine الذى يستخدم فى علاج حالات الربو الشعبى كموسع للشعب الهوائية. كمايعد الكافيين Caffeine الموجود بالقهوة والشاى ومنتجات الكولا من المواد المنبهة أيضاً .

واستخدام المركبات المنبهة والمنشطة له تاريخ طويل. فقد استخدم الصينيون عقار الما-هونج Ma - Huang لأكثر من ٥٠٠٠ سنة. وفى عام ١٨٨٧ تبين أن المادة الفعالة فى هذا العقار هى الإفيدرين .

وتعمل المنشطات على زيادة إحساس الفرد بالنشاط والطاقة والحيوية من الناحيتين النفسية والجسمية. فهى تزيد من عمل الجهاز العصبى اللاإرادى (القسم السيمبثاوى) فتزيد من معدل دقات القلب، مع إرتفاع ضغط الدم، كما تبعث على اليقظة ومقاومة الإحساس بالتعب. وسوف نقتصر فى تناولنا لهذه المواد على الأمفيتامين .

الإعتماد على الأمفيتامين :

تم تخليق الأمفيتامين لأول مرة منذ عام ١٨٨٧. وكان الاهتمام منصباً آنذاك على آثاره الطرفية (توسيع الشعب الهوائية) أكثر من الأثار المركزية التى لم يتم التعرف عليها إلا عام ١٩٣٣. وقد ذكر تأثيره على الجهاز السيمبثاوى. وذكر أيضاً سوء إستخدامه من حيث إحداثه للنشوة والتخلص من الألم. وزيادة الأداء والنشاط بشكل عام. كما يسبب فقدان الشهية .

وفى المجال الطبى يستخدم الأمفيتامين ومشتقاته (البنزدرين Benzedrine ، والريتالين Ritaline. وغيرها) فى علاج الحالات التالية :

١ - اضطراب الإنتباه عند الأطفال .

٢ - إضطراب الإفراط الحركى عند الأطفال .

٣ - حالات النوم المفاجئ Narcolepsy .

٤ - حالات السمنة لتأثيره على الشهية للطعام حيث يثبط مركز الجوع فى المخ .

وعلى الرغم من ذلك فلا يخلو الأمر من مضاعفات إستخدام الأمفيتامينات وخاصة حالات ذهان الأمفيتامين Amphetamine Psychosis حيث يصاب الفرد نتيجة الجرعة الزائدة بالهذيان والهلاوس والضلالات. وكذلك حالات سوء الإستخدام التى جعلت التعامل مع هذه العقاقير يتم بحذر شديد. فقد إستخدمه الرياضيون والطلبة بشكل كبير فى الثلاثينات للتغلب على التعب وزيادة اليقظة، كما إستخدمه الجنود فى الحرب العالمية الثانية، وحرب فيتنام .

ويتم تعاطى الأمفيتامينات عن طريق الفم أو الحقن أو الإستنشاق، ويتم إمتصاص هذه المركبات بشكل سريع ويصل تركيزها إلى أقصاه خلال ٢-٣ ساعة، ويستمر وجود العقار فى الدم لمدة ١٢ ساعة تقريباً. ويفرز عن طريق الكليتين فى البول .

- التسمم بالأمفيتامين :

يحدث التسمم الحاد بالأمفيتامينات عن طريق زيادة الجرعة التى يتناولها الفرد، وتظهر حالات التهيج العصبى الشديد. وإرتفاع ضغط الدم بصورة خطرة. وإرتفاع درجة حرارة الجسم. مع إضطراب دقات القلب. وقد تظهر حالات الصرع. وقد تنتهى الحالة فى النهاية بالوفاة .

وقد حدد الكتيب التشخيصى الثالث المراجع **محكات تشخيص التسمم بالأمفيتامينات** فيما يلى:

أ - استخدام حديث للأمفيتامين .

ب - تغيرات سلوكية لاتوافقية كالمشاكسة، والأرق المستمر، وزيادة النشاط النفسى الحركى، وضعف القدرة على الحكم وعجز فى الأداء الوظيفى والإجتماعى .

ج - **ظهور علامتين** على الأقل من العلامات التالية خلال ساعة واحدة من التعاطى:

١ - سرعة معدل ضربات القلب .

٢ - إتساع حدقة العين .

٣ - إرتفاع ضغط الدم .

٤ - العرق الشديد والرعشات .

٥ - الغثيان والقئ .

د - **لاترجع** هذه الأعراض إلى أى مرض جسمى أو عقلى .

أعراض الإنسحاب :

يسبب الأمفيتامين عادة الإعتماد النفسى، وإن كان هناك جدل حول مايمكن أن ينتج عنه من الإعتماد الجسمى. وقد يؤدى الإعتماد إلى مجموعة من الأعراض نتيجة التوقف عن تعاطى العقار أو نقص الكمية التى إعتاد عليها الفرد. ويحدد الكتيب التشخيصى الثالث **محكات تشخيص الإنسحاب** من الأمفيتامين فيما يلى:

أ - **التوقف:** عن الإستخدام الشديد والطويل للأمفيتامين (عدة أيام) أو تخفيض الكمية المستخدمة من العقار والتى يصاحبها تعكير المزاج (إكتئاب، قلق، توتر) وواحد على الأقل من العلامات التالية التى تستمر أكثر من ٢٤ ساعة بعد التوقف عن التعاطى :

١ - الشعور بالتعب .

٢ - الأرق أو كثرة النوم .

٣ - هياج نفسى حركى .

ب - **لاترجع** هذه الأعراض إلى أى مرض جسمى أونفسى .

وقد يصاحب إستخدام الأمفيتامين والإعتماد عليه حالة من الهذيان Dellirium. أو ظهور الضلالات .

٣ - الإعتماد على الأفيونات

(Opiate dependency)

تعنى كلمة أفيون Oplium فى اللغة اللاتينية (juice). والأفيون هو العصير المستخرج من ثمار نبات الخشخاش Papaver Somniferum . وقد جاءت أول إشارة له فى لوحة سامرية عام ٤٠٠٠ ق. م وأطلق عليه نبات السعادة. كما أشارت بردية إيبر عام ١٥٠٠ ق. م. إلى إستعمال المصريين القدماء للأفيون فى علاج البكاء الشديد عند الأطفال. كذلك إستخدمه الأطباء العرب فى العلاج ووصفوا أعراض الإعتماد عليه .

ويخرج من ثمرة الخشخاش عند شقها سائل أبيض حلبى، سرعان مايتجمد عند تعرضه للهواء. ويتحول إلى مادة صلبة رمادية اللون. ويحتوى الأفيون الخام على مجموعة من المركبات من أهمها المورفين Morphine الكودايين Codeine والبابافرين Papaverine ويحتوى المورفين على ١٠٪ من الأفيون، بينما يحتوى الكودايين على ٥٪، وقد تم إستخلاص المورفين لأول مرة عام ١٨٠٣ على يد الصيدلانى الألمانى سبتيرنر Seturner والذى أطلق عليه إسم خلاصة الأفيون Opium alkaloids . ويعد تخليف المورفين صناعياً أمراً شاقاً .

وبشكل عام يمكن تقسيم مشتقات الأفيون إلى ثلاث فئات أساسية هى:

١ - **مشتقات خام:** وتشمل المورفين، والكودايين، والبابافرين .

٢- **مشتقات نصف مصنعة:** مثل الهيروين Heroine الذى يعد أحد مستخلصات المورفين .

٣ - **مشتقات مصنعة:** وهى مشتقات يتم تخليقها صناعياً، وتشبه فى عملها وتأثيرها الأفيون، ولكنها غير مستخلصة منه، ومنها البيثيدين Pethidine والميثادون Methadone .

طريقة التعاطى:

تختلف طريقة تعاطى الأفيونات بإختلاف المادة المستخدم. ويمكن إيجاز هذه الطرق فيما يلى:

١ - طريقة الحقن :

وتستخدم هذه الطريقة فى تعاطى المورفين بشكل أساسى، وكذلك تعاطى الهيروين حيث يقوم المتعاطى بخلط بودرة الهيروين مع ماء الحقن. ويتم حقنها إما تحت الجلد، أو فى الوريد .

٢ - طريقة الإستنشاق :

وتستخدم فى تعاطى الكودايين، والهيروين، حيث يتم إستنشاق البودرة عن طريق الأنف، والبعض قد يقوم بعملية الإستنشاق بشكل مباشر، حيث يقوم بوضع البودرة على سطح أملس، على هيئة سطر، ويقوم بالإستنشاق مستخدماً أنبوبة إسطوانية من الورق. والبعض الآخر يقوم بحرق هذه البودرة على ورق فضى، ثم يقوم بإستنشاق الأبخرة المتصاعدة .

التسمم بالأفيونات :

تؤدى الجرعة الزائدة من الأفيونات إلى إنخفاض ضغط الدم. ونقص معدل دقات القلب. وإنخفاض درجة حرارة الجسم ونقص معدل التنفس. كما يحدث تشوش فى الوعى، قد يصل إلى حد الغيبوبة أو الموت .

- **محكات التسمم بالأفيونات :**

حدد الكتيب التشخيصي الثالث المراجع للأمراض محكات التسمم بالأفيونات فيما يلى:

أ - **إستخدام حديث للأفيونات .**

ب - **تغيرات سلوكية لاتوافقية:** تشمل حدوث النشوة فى البداية، تعقبها حالة من التبلد، نقص الأداء النفسى الحركى، ضعف القدرة على الحكم، ضعف الوظائف المهنية والإجتماعية .

ج - **ضيق حدقة العين**، بالإضافة إلى **علامة واحدة** على الأقل من العلامات التالية :

١ - الدوخة .

٢ - ثقل الكلام .

٣ - ضعف القدرة على الإنتباه والتذكر .

د - **لاترجع** هذه الأعراض إلى أى إضطراب نفسى أو عضوى .

الإعتماد على الأفيونات:

من الظواهر الأساسية لإستخدام الأفيونات سرعة حدوث عمليتى التحمل والإنسحاب. وعادة مايحدث التحمل بسرعة خلال أيام، كما أن تعاطى جرعة كافية من مضادات الأفيونات بعد تناول جرعة واحدة من المورفين، تكون كافية لظهور أعراض الإنسحاب. ووجود هاتين العلامتين (التحمل والإنسحاب) تشير إلى سرعة حدوث الإعتماد على الأفيونات.

ويمكن تقسيم أعراض الإنسحاب وفقاً لطبيعة المدة التى تظهر فيها هذه الأعراض، إلى خمس درجات، تبدأ بالدرجة (صفر)، وتنتهى بالدرجة (٤) وذلك كما يلى:

١ - الدرجة (صفر):

وتظهر فيها اللهفة للعقار، وذلك بعد مضى أربع ساعات من آخر جرعة تناولها الفرد .

(٢) الدرجة (١) أعراض مبكرة :

وتشمل هذه المرحلة زيادة إفراز الدموع Lacrimationوالتثاؤب Yawing. والعرق، وزيادة إفراز مخاط الأنف Rhinorrhea ، وعادة ماتظهر هذه الأعراض بعد مرور ٨ ساعات من التوقف عن تعاطى العقار .

(٣) الدرجة (٢) أعراض متوسطة :

ويقصد بها تلك الأعراض التى تظهر بعد مرور ١٢ ساعة من آخر جرعة، وفيها تزيد حدة الأعراض السابقة، بالإضافة إلى إتساع حدقة العين. وفقدان الشهية، والرعشات الخفيفة بالأطراف. وآلام العضلات. وآلام المفاصل وخاصة منطقة أسفل الظهر والركبتين .

(٤) الدرجة (٣) أعراض متأخرة:

وتحدث بعد مرور ٢٠ ساعة من التوقف، وفيها تتزايد حدة الأعراض السابقة. بالإضافة إلى زيادة معدل دقات القلب، وإرتفاع ضغط الدم، والأرق، والغثيان، والإكتئاب .

(٥) الدرجة (٤):

وتحدث بعد مرور ٣٠ ساعة من التوقف عن التعاطى، وفيها تتزايد حدة الأعراض السابقة بالإضافة إلى إنخفاض مستوى السكر فى الدم. والقئ، والإسهال .

محكات إنسحاب الأفيونات :

حدد الكتيب التشخيصي الثالث والمراجع للأمراض النفسية، محكات الإنسحاب من الأفيونات فيما يلي:

أ - التوقف عن تعاطي الأفيونات بعد إستعمال لفترة طويلة، أو بعد خفض الجرعة التي أعتاد عليها الفرد، أو تناول أحد مضادات الأفيونات، مصحوبة بثلاثة على الأقل من العلامات التالية :

١ - اللهفة للأفيونات .

٢ - غثيان وقئ .

٣ - آلام بالعضلات .

٤ - زيادة إفراز الدموع. ومخاط الأنف .

٥ - إتساع حدقة العين .

٦ - الإسهال .

٧ - التثاؤب .

٨ - إرتفاع درجة الحرارة .

٩ - الأرق .

ب - لاترجع هذه الأعراض إلى أي مرض نفسي أو عضوي آخر .

٤ - الإعتماد على الحشيش

يستخرج الحشيش من نبات القنب الهندي Cannabis Sativa، ويعتبر أحد المواد المهلوسة، وقد وردت أول إشارة له عام ٢٧٣٧ ق. م في كتاب صيدلة ألفه إمبراطور صيني. وقد عرفه العرب والأوربيون وانتشر تداوله وتعاطيه بين الشاب .

ويحتوى دخان الحشيش على أكثر من ٤٠٠ مركب، بالإضافة للمادة الفعالة فيه وهى تتراهيدروكانابينول Tetrahydrocannabinol . وتتوقف نسبة هذه المادة وفعاليتها على طبيعة النبات المستخلصة منه. وعوامل الطقس والتربة. وتوجد منه أنواع رخيصة تحتوى على نسب أقل من المادة الفعالة، وقد تكون مخلوطة بالعديد من الشوائب. وينتشر فى مصر الآن نوع قريب من الحشيش هو البانجو (Bungo) له نفس التأثيرات تقريباً، ولكنه أرخص سعراً، وأكثر ضرراً، والحشيش هو السائل الذى تفرزه أوراق نبات القنب، بينما تعتبر الماريجوانا Marijunana خليط الأوراق والأزهار الجافة للنبات .

تأثيرات الحشيش :

١ - التأثيرات الجسمية :

يؤدى إستخدام الحشيش إلى إنخفاض ضغط الدم. وسرعة دقات القلب، وعدم التوازن الحركى، وإتساع حدقة العين وإحمرارها، وزيادة إفراز العرق. كما يؤدى إلى جفاف الحلق، وزيادة الشهية للطعام وخاصة للمأكولات السكرية، نظراً لأنه يخفض من مستوى السكر فى الدم، وهو مانلاحظه على متعاطى الحشيش أثناء التعاطى، ونظراً لأن الحشيش يذوب فى الدهون فإنه يظل لفترة طويلة بالمخ، وقد يحدث بعض الضمور فيه .

٢ - التأثيرات النفسية :

تؤدى الجرعة المبدئية من الحشيش إلى الشعور بالنشوة، والشعور بحسن الحال. فيكثر الكلام، وتزداد القدرة الحركية، ويستشعر المتعاطى صفاء الذهن، ويعتقد بوضوح أفكاره، بينما فى الواقع يقل التركيز

والإنتباه. كما يؤثر الحشيش على عمليات الإدراك فيختل إدراك أشكال وأحجام الأشياء المرئية، ويختل الإحساس بالوقت ويحدث مايسمى بإتساع الوقت Time dllation، حيث يشعر الفرد ببطء الزمن، وتمر عليه الدقائق العشر وكأنها ساعة كاملة، كما يتسبب الحشيش فى اضطراب العمليات المعرفية مثل القدرة على تمييز الألوان، وزمن الرجع البصرى، كذلك يحدث إضطراب الواقع Derealization، وإضطراب الإنية Depersonalization، وقد يصل الأمر إلى حدوث الهلاوس السمعية والبصرية .

ويؤدى الإستخدام المزمن للحشيش إلى بعض الأعراض الذهانية، كالتفكير السحرى، وزيادة الشك والحساسية، وقد تظهر ضلالات الإضطهاد، مع ظهور مشاعر الإكتئاب الإحساس بالعجز، وقلة القيمة، والحزن العام. قد أشارت معظم الدراسات إلى إرتباط تعاطى الحشيش المزمن بالقلق والإكتئاب، وعندما تحدث هذه المشاعر يميل المتعاطون إلى إستخدام مواد أخرى من شأنها أن تزيل أعراض القلق والإكتئاب مثل عقار الأمفيتامين .

ويرتبط التعاطى المزمن أيضاً بمجموعة من الأعراض سميت بزملة أعراض فقدان الدافعية Amotivational syndrome التى وصفها ماك جلوثلين وويست McGlothlin عام ١٩٦٨. وتشمل الأعراض التبلد، ضعف القدرة الإنتاجية، فقدان الطموح، والإنزواء، وسوء الحكم على الأمور. وضعف الذاكرة، وظهور الضلالات الإضطهادية .

التسمم بالحشيش :

تؤدى الجرعات العالية من الحشيش إلى ظهور أعراض تسمم حادة، بينما يؤدى التعاطى المستمر إلى أعراض تسمم مزمنة. ويتوقف الأمر إذن

علي الكمية المستخدمة، ومدة التعاطى. وقد يحدث نتيجة التعاطى مايسمى بإضطراب الحشيش الضلالى Cannabis delusional disorder .

محكات التسمم :

حدد الكتيب التشخيصى الثالث المراجع، محكات التسمم بالحشيش فيما يلى:

أ - **إستخدام حديث للحشيش .**

ب - **تغيرات سلوكية لاتوافقية:** مثل النشوة، القلق، الشك، الأفكار البارانوية، الإحساس ببطء الزمن، ضعف القدرة على الحكم، الإنسحاب الإجتماعى .

ج - **ظهور علامتين** من العلامات الآتية، وذلك خلال ساعتين من إستخدام الحشيش :

١ - إحتقان العينين .

٢ - زيادة الشهية .

٣ - جفاف الفم .

٤ - زيادة دقات القلب .

د - **لاترجع هذه الأعراض إلى أى مرض نفسى أو عضوى .**

الإعتماد على الحشيش :

تختلف الآراء حول ماإذا كان الحشيش يسبب الإعتماد الجسمى، والنفسى أم لا، ومع ذلك فإن وجود أعراض الإنسحاب يشير إلى وجود حالة الإعتماد، ويبدو أن ظاهرة التحمل التى تحدث من تعاطى الحشيش تعود إلى تكيفات الجهاز العصبى المركزى، أكثر منها إلى التمثيل الغذائى

للحشيش نفسه، وينشأ التحمل مرتبطاً بزيادة عدد مرات التعاطى وزيادة الكمية المستخدمة، سواء كان ذلك بالنسبة للمتعاطين غير المعتادين، أو المتعاطين المزمنين .

وينظر الكثير من الأفراد إلى الحشيش نظرة مبسطة بإعتباره لايؤدى إلى أى مشاكل، وأنه مادة لاتسبب التعود، وإذا أحدثته فعادة ماتكون بسيطة. ومثل هذه النظرة تدفع بهم إلي التعاطى دون أى تقدير لإمكانية حدوث الإعتماد عليه، وبالطبع فإن إضطراب الوظيفة الإجتماعية والمهنية، والسلوك اللاتوافقى الناتجة من تعاطى الحشيش تكون أقل بكثير من تلك التى تحدثها العقاقير الأخرى كالكحول، والكوكايين، والهيروين. ولهذا السب نادراً مانجد متعاطى الحشيش يطلب العلاج لتعاطيه أو إعتماده .

وتشمل أعراض الإنسحاب نتيجة التوقف عن التعاطى، الأرق، فقدان الشهية، التهيج، التوتر وعدم الإرتياح، الإكتئاب، والرجفة بالأطراف واللسان. وتحدث هذه الأعراض عند التوقف عن التعاطى، بعد مرور ٢١ يوماً من التدخين الشديد، وعادة ماتظهر هذه الأعراض بعد ١٠ ساعات من آخر جرعة، وسرعان ماتتزايد حدة هذه الأعراض لتصل إلى أقصاها خلال ٤٨ ساعة، ثم تبدأ فى الإنخفاض بعد مرور ٧٢ ساعة من التوقف. وتختفى تماماً مع حلول اليوم الخامس .

وإعتماداً على كمية الحشيش التى يتم إستخدامها، فإن جرعة من التتراهيدروكانابينول مقدارها ٢ر٣ مجم لكل كيلو جرام من وزن الجسم، كافية لإحداث الإعتماد الجسمى. وتشمل أعراض الإعتماد الخمول، والتعب، ومشاكل متعلقة بالإنتباه والذاكرة .

٥ - الإعتماد على الكحول

(Alcohol dependency)

يقصد بالكحول فى هذا السياق الخمر، الذى هو ناتج تخمير بعض الفواكه كالعنب، والبلح، أو بعض الحبوب كالشعير. وقد عرف الإنسان الخمر من آلاف السنوات، ويقال أن إنسان العصر الحجرى عرف الخمر بتخمير التوت عام ٦٤٠٠ ق. م. ويعد الكحول الإيثيلى Ethyle alcohol (الإيثانول) المادة الفعالة (ناتج تخمير الشعير) تحتوى على ٤ - ٨٪، بينما يحتوى النبيذ (ناتج تخمير العنب) على ١٠-١٨٪، ويحتوى الويسكى (من الشعير على ٤٥-٥٥٪ وعادة ماتتم عمليات التقطير لهذه النباتات بعد عملية التخمير، لترتفع نسبة الكحول فيها .

وهناك نوع آخر من الكحول هو الكحول الميثيلى Methyle alcohol وينتج من تقطير الخشب، ويستخدم عادة فى الأغراض الصناعية. وهو غير صالح للإستخدام الآدمى، ومع ذلك يقبل عليه بعض الأفراد لرخص ثمنه. ولكن أضراره الصحية عديدة، من أهمها الإصابة بالعمى .

مضاعفات الكحول:

يمكن تقسيم الآثار المترتبة على تعاطى الكحول على الجسم إلى مضاعفات جسمية، وأخرى نفسية. وفيما يلى عرض لهذه المضاعفات:

أولاً: المضاعفات الجسمية :

يعد الجهاز الهضمى من أكثر أجهزة الجسم تأثراً بالكحول، حيث تحدث إلتهابات بالمعدة، نتيجة تهيج الغشاء المخاطى لها، قد تصل فيما

بعد إلى حدوث القرحة المعدية Peptic ulcer، التى تحدث آلاماً شديدة بالبطن (فم المعدة)، وقد تؤدى إلى حدوث النزف الدموى. كذلك يتأثر الكبد بدرجة عالية. فيحدث الإلتهاب الحاد، أو التليف الكبدى Liver cirrhosis فى الحالات المزمنة.

كما يؤدى الكحول إلى تليف عضلة القلب، مما يقلل من وظائفه، فيشعر المتعاطى بإضطراب دقات القلب. وضيق التنفس. وإرتفاع ضغط الدم .

هذا ويختلف تأثير الكحول على الغدد الصماء عند الذكور عنه لدى الإناث. فعند الذكور يؤدى الكحول إلى زيادة هرمون الكورتيزون فى الدم. كما أن تناول جرعة كبيرة من الكحول بشكل حاد تنقص من مستوى هرمون الذكورة (تيستيستيرون)، وتزيد من الهرمون الأنثوى (إستروجين) مما يؤدى إلى ضمور الخصيتين، وينتج عن ذلك نقص الرغبة الجنسية، والعنة. أما فى الإناث فيحدث توقف للطمث Amenorrhea ، وقد يستمر لعدة شهور أو سنوات، حتى بعد التوقف عن التعاطى .

كذلك يسبب الكحول إلتهاب الأعصاب الطرفية. فيقلل الإحساس بالأطراف (القدمين والساقين، والكفين، والذراعين) . كما يسبب ضمور العضلات بشكل عام. كذلك تظهر نوبات الصرع فى ١٠-١٢٪ من مدمنى الكحول .

ثانياً: المضاعفات النفسية :

١ - الهذيان الرعاش :

يعد الهذيان الرعاش Dellrlum tremes أحد المضاعفات الخطيرة والشائعة للكحول. وينتج من نقص عمليات التمثيل الغذائي للكربوهيدرات في المخ. مع نقص فيتامين (ب). ويظهر عند التوقف المفاجئ عن التعاطي، أو تخفيض الجرعة المعتادة بشكل كبير ومفاجئ. وتظهر أعراضه بعد ٤٨-٩٦ ساعة من الإمتناع، وتأخذ صورة الرعشة الشديدة في« اليدين، وتشوش الوعي والخلط العقلي، وإضطراب التعرف على المكان والزمان Disorientation. كما تضم الأعراض التوتر وكثرة الحركة وعدم الإستقرار. والهلاوس البصرية المخيفة (حيوانات، وثعابين). بالإضافة إلى إرتفاع درجة حرارة الجسم، وزيادة إفراز العرق. وفقدان السوائل من الجسم، وعادة ماتستمر هذه الأعراض لمدة ٣ - ٧ أيام، وتنتهي تلقائياً .ولكنا نخشى على المريض وهو في هذه الحالة أن يؤذى نفسه، مما يتطلب التدخل العلاجي .

٢ - الهلوسة الكحولية :

تظهر الهلوسة الكحولية Alcoholic hallucinosis بعد ٢٤-٤٨ ساعة من الإمتناع عن تعاطى الكحول. وهى حالة تشبه الهذيان الرعاش مع عدم وجود تشوش في الوعي. وتتميز بالهلاوس السمعية، والأفكار الإضطهادية. وقد تستمر الحالة أسبوعاً، أو عدة سنوات .

٣ - الغيرة المرضية :

يصاب متعاطو الكحول بعد فترة طويلة من الإعتماد بما يسمى بضلالات الغيرة المرضية Morbid jealousy، حيث يشك المريض في

زوجته، ويعتقد بخيانتها لها. وقد يصل الأمر إلى الشك فى نسب أبنائه. وقد ترجع الحالة إلى الضعف الجنسى الذى يصيب المتعاطى - نتيجة زيادة الهرمونات الأنثوية لديه كما سبق وذكرنا - بالإضافة إلى رفض الزوجة له، والمشاكل الإجتماعية المترتبة على التعاطى .

٤ - ذهان كورساكوف :

يعد ذهان كورساكوف Korsakoff's syndrome أحد إضطرابات النسيان التى تحدث لدى متعاطى الكحول. ويحدث المرض نتيجة إصابة خلايا المخ بالتلف من نقص فيتامين (ب). ويتميز بفقدان الذاكرة للأحداث القريبة بشكل خاص Retrograde amnesia حيث يصعب على المريض إسترجاع الأحداث التى مرت به منذ دقائق. مع إحتفاظه بالقدرة على إستدعاء الأحداث البعيدة. كما قد يصاحب الحالة فقدان القدرة على تذكر الأحداث التالية أو اللاحقة Antrograde amnesia ونظراً لإضطراب الذاكرة هذه يلجأ المريض إلى تحوير Confabulation وتزييف Falsification الوقائع، فيحكى أحداثاً لم تحدث، ليسد النقص الذى حدث فى إستدعائه للأحداث. وهذا المرض يصعب علاجه، ولايتحسن منه إلا عدد قليل من المرضى، وتصبح الحالة مزمنة .

٥ - العته الكحولى:

يحدد الكتيب التشخيصى الثالث المراجع للأمراض، العته الكحولي Alcoholic dementia على أنه إضطراب فى ذاكرة الأحداث القريبة والبعيدة Short & long term memory ، مصحوباً بضعف القدرة علي التفكير المجرد. وضعف القدرة على الحكم الصائب، بالإضافة إلى تغيرات

فى الشخصية، وبعض الأعراض الناتجة من تلف وضمور المناطق المخية العليا، وخاصة الفصين الجبهى والجدارى. فيبدو المريض مهملاً لنفسه، غير قادر على ضبط عمليات التبول والتبرز، مع صعوبة الأداء على المهام البصرية المكانية Visuo - Spatial tasks. وصعوبات فى اللغة Dysphasia. وعدم القدرة على القيام بالأنشطة الحركية الهادفة، على الرغم من عدم وجود شلل، وهو مايعرف بالأبراكسيا Apraxia، وكذلك عدم القدرة على التعرف على الأشياء المألوفة، عن طريق اللمس وهو مغمض العينين، سواء كانت ملامسة لسطح الجلد، أو موضوعة فى يده، وهو مايعرف بالأجنوزيا Agnosia وكل هذه الإضطرابات ترجع إلى إصابة المناطق الجبهية والجدارية بالتلف والتليف .

وعادة ماتظهر هذه الأعراض بعد التعاطى الشديد للكحول ولفترة طويلة، وهى حالة يصعب شفاؤها، وتؤثر على وظائف الفرد المهنية والإجتماعية، وقد تكون بسيطة، أو متوسطة، أو شديدة .

- **التسمم بالكحول :**

يشمل التسمم بالكحول Alcohol intoxication كلاً من التسمم الحاد، والتسمم المزمن أو مايعرف بالإعتماد على الكحول أو الكحولية Alcoholism .

وقد تناولنا فى السطور السابقة الأعراض التى تنشأ عن الإستخدام المزمن للكحول. ونتعرف الآن على مظاهر التسمم الحاد .

يعرف التسمم الحاد بالكحول بحالة الخمار أو السكر، ويؤدى تناول كمية كبيرة من الكحول إلى مجموعة من الأعراض تبدأ بشعور الفرد بالنشوة، وصعوبة التحكم فى الكلام والسلوك، حيث يثقل اللسان، وتقل

عمليات ضبط السلوك من موانع إجتماعية وأخلاقية، فتتفجر الميول العدوانية واللاأخلاقية، ويزيد إستهتار الفرد بمن حوله. بالإضافة إلى عدم الإتزان، والترنح، ورعشة اليدين، والغثيان والقئ، وقد تنتهي الحالة بغيبوبة .

محكات التسمم :

يحدد الكتيب التشخيصي الثالث المراجع للأمراض محكات تشخيص التسمم بالكحول فيما يلي:

أ - **إستخدام حديث** للكحول .

ب - **تغيرات سلوكية لاتوافقية** مثل ظهور الدفعات الجنسية والعدوانية، وضعف القدرة على الحكم وإضطراب الوظائف الإجتماعية والمهنية .

ج - **وجود علامة واحدة** على الأقل من العلامات التالية :

١ - ثقل الكلام

٢ - عدم التآزر

٣ - مشية غير متزنة

٤ - الرأرأة

٥ - تورد الوجه

د - **لاترجع** هذه الأعراض إلى أي مرض نفسي أو عضوي .

- **الإعتماد على الكحول :**

يشير جريفث (Griffith, 1976) إلى أن زملة أعراض الكحولية حالة تبدأ بالتطور التدريجي من الشراب في المناسبات الإجتماعية، إلى

مـرحلة سـوء الإسـتـخدام، ثـم الإعـتـمـاد الجـسـمى. وتمر هذه الحـالة بالمراحل التالية:

١ - الإعداد لمجال الشرب .

٢ - بروز السلوك الباحث عن الكحول .

٣ - زيادة التحمل للكحول .

٤ - ظهور أعراض إنسحابية متكررة .

٥ - تجنب أعراض الإنسحاب بمزيد من الشراب .

٦ - ظهور سريع للأعراض بعد التوقف .

ويتـميـز الإعـتـمـاد على الكحول بظاهرة الإنسـحاب مـثل بقـيـة المواد المسببة للإعتـماد. وقد صنف الكتيب التشخيصى الثالث المراجع للأمراض محكات الإنسحاب من الكحول Alcohol withdrawal على مستـويين، الأول حدوث الإنسحاب بدون مضاعفات، والثانى حدوثه مع الهذيان .

- **محكات الإنسحاب بدون مضاعفات :**

أ - **التوقف** عن التعاطى المزمن لكميات كبيرة من الكحول أو محاولة تخفيض هذه الكميات مصحوبة برعشات فى اليدين واللسان وجفون العينين، وذلك خلال عدة ساعات من التوقف بالإضافة إلى واحدة على الأقل من العلامات التالية :

١ - الغثيان والقئ .

٢ - الوهن والإجهاد .

٣ - زيادة نشاط الجهاز العصبى الذاتى، مثل زيادة دقات القلب، العرق، إرتفاع ضغط الدم.

٤ - القلق .

٥ - مزاج مكتئب .

٦ - هلاوس وخداعات مؤقتة .

٧ - صداع .

٨ - أرق .

ب - لاترجع هذه الأعراض إلى أى مرض نفسى أو عضوى .

(حسين فايد ١٩٩٤، سامى عبد القوى ١٩٩٦، أحمد عكاشة ١٩٩٨، DSM- III-R, 1987).

علاج الاعتماد على العقاقير

يعتمد علاج الإدمان على الخطوات الآتية :

١ - إدخال المريض لوحدة خاصة بالإدمان فى إحدى مستشفيات الطب النفسى، على أن يكون لهيئة التمريض والعلاج خبرة خاصة بأساليب علاج الإدمان، وأعتقد أن العلاج بالعيادة الخارجية أو بالمنزل غير ذى جدوى .

٢ - تختفى أعراض الاعتماد الجسمى للمورفين، والهيروين والتأهيلى .

٣ - يعتقد البعض أنه من الأفضل أن يمر المريض بفترة من الألم من جراء توقف العقار، ولكن يعطى الآن العلاج المتخصص لخفض شدة أعراض سحب العقار وذلك بواسطة الآتى:

(أ) التنويم والتخدير طويل المدى باستعمال لارجاكتيل مع المنومات بالعضل لمدة تتراوح من ٥-٨ أيام .

(ب) الأنسولين المعدل بإعطاء ٤٠-٨٠ وحدة صباحاً حتى يبدأ المريض فى العرق وسرعة النبض ثم يعطى بعد ذلك الطعام الخاص بنقص نسبة السكر فى الدم .

(جـ) أحياناً مانخلط علاج التنويم مع الأنسولين .

(د) نادراً مانلجأ للصدمات الكهربائية لتخفيض شدة الأعراض الجانبية ولتقليل وطأة القلق والاكتئاب المصاحبة لتوقف العقار .

(هـ) لامانع من استعمال الفيتامينات والمقويات، ومشتقات الكورتيزون لبناء المواد البروتينية فى الجسم .

٤ - لايحتاج إدمان المنبهات، والكوكايين، والحشيش أكثر من بعض المطمئنان نظراً لأن الأعراض الجانبية محدودة، ومدتها قصيرة .

٥ - يستحسن فى علاج إدمان المطمئنان مثل المبروباميت (برترانكيل - كواتيان - ترانكيلان - فاليوم - أتيفان) وكذلك المنومات (دوريدن - فانادورم - باربى - فسبراكس..) أن يكون التوقف تدريجياً حتى لايتعرض المريض لنوبات صرعية، ويؤدى نفسه وقد سبق الكلام عن ذلك مع إدمان الباربتيورات .

٦ - العلاج النفسى الفردى والجماعى ثم تأهيل المريض قبل الخروج من المستشفى ومناقشة خططه بالنسبة للمستقبل .

٧ - العلاج السلوكى المنفر وخاصة مع الكحول .

وقد اختلف الباحثون فى نظرتهم لمصير الإدمان، فقد أجرى يرسكور ١٩٤١ متابعة ١٠٣٠ حالة مدة ٢٠ شهراً، ووجد نسبة الشفاء ٤ر٣٠٪، النكسات ٢ر٣١٪، ولم يستطع متابعة الباقين (٤ر٣٨٪)، أما كلارك ١٩٦٢ فقد لاحظ بين ١٢٠ مريضاً، ٢٨٪ شفاء ٣٠٪ استمرار على تعاطى العقار مع اضطراب الانتظام فى العمل، ٥٢٪ فى حاجة متكررة لدخول المستشفى وقد وجد ٦٦ مريضاً من هؤلاء الـ ١٢٠ ينتمون لمهنة الطب والتمريض والصيدلة والحق أن علاج الإدمان لم يتقدم بخطوات واسعة كما خطت معظم أمراض العصاب والذهان إلى الأمام، ويبدو أنه كلما زادت فترة مكوث أمراض العصاب والذهان إلى الأمام، ويبدو أنه كلما زادت فترة مكوث المريض للعلاج زاد الأمل فى شفائه. (أحمد عكاشة، ١٩٨٦).

الفصل السابع

الإرشاد والعلاج النفسى

أولاً : الإرشاد النفسى .

مفهوم الإرشاد :-

حينما يضل الفرد طريقه يسأل المساعدة من شخص خبير بالطريق فيرشده إلى الطريق الصحيح وكيفية الوصول إليه ، وحينما يعجز التلميذ عن حل مشكلة تعليمية كتمرين هندسى مثلاً يرشده المدرس لأسلوب الحل السليم ، ومن خلال ذلك يعرفه بأخطاء الأسلوب السابق الذى اتبعه .. وهكذا فى أى مجال نحياه نجد من أن يرشد بعضنا البعض الآخر ويكون المرشد هو الخبير بالطريق أو الموقع أو أسلوب حل المشكلة ويكون العميل هو الذى تتشكل أمامه الأمور ويعجز عن حل مشكلة تحول بينه وبين الوصول إلى هدفه ، ومن هنا يقصد المرشدين . وبمجرد أن يكون الإنسان خبير فى مجال أو تخصيص ما فإنه يصح أن يكون مرشداً فى هذا المجال ، وبقدر قدراته وكفاءته التخصيصية ثم رغبته فى الإرشاد بقدر ما يكون ناجحاً فى هذا المجال

معنى هذا أنه فى أى مجال يمكن أن نجد مرشداً فى مجال التعليم المدرسى مرشد للتلميذ الذى يعجز عن حل مشكلة تعليمية ، الضابط المدرب مرشد للجند الذى يعجز عن التصويب مثلاً ، الأب فى الأسرة ... الأم ..الخ حتى فى مجال الدين فرجل الدين يرشدنا إلى مقادير الذكاه مثلاً ، لمن

نعطيها وحتى الوضوء والصلاة .. الخ . فالمدرس مرشد تعليمي في مجال التعليم ، رجل الدين مرشد ديني . والضابط مرشد حربي . والمحامي مرشد قانوني ..الخ .

وفي ضوء ذلك يمكن القول أن المرشد النفسي هو الخبير بعلم النفس وبالسلوك والذى يرغب ويستطيع إرشاد العملاء الذين تواجههم مشكلات نفسية أو سلوكية تحول بينهم وبين تحقيق أهدافهم . ومن هنا لا بد أن يكون المرشد النفسي مدربا على التعامل مع هذه المشكلات النفسية ولديه المهارات المطلوبة للتخفيف من حدتها أو حلها .

معنى هذا أن الإرشاد النفسي هو المساعدة التي يقدمها مرشد نفسي لعميل يواجه صعوبة كاضطراب سلوكي أو تدهور في الشخصية أو نقص في قدرته على حل مشكلة لعدم توائم قدراته معها أو صعوبة في التوافق . وحيث أن العميل لا يستطيع حل هذه المشكلة بنفسه بحيث لا ترجع هذه المشكلة إلى سبب موضوعي مثل المرض الفيزيقي أو نقص تدريبه على مهارة أساسية ترتبط بحل المشكلة كل هنا يندرج داخل دائرة الإرشاد النفسي والذى يمتد ليغطي مدى واسع غير محدد من المشكلات التي توجد في أي مجال به بشر . حيث يكون وراء هذه المشكلات عامل نفسي أو سلوكي . ويتضح من هذا اتساع مدى المشكلات عن مشكلات سهلة وبسيطة كمشكلة عدم قدرة الفرد على المذاكرة أو عدم التوافق مع أسرته إلى مشكلات اعتداء جنسي على المحرمات أو مرض عصابي .

وتنوع صعوبة المشكلات يصعب مهمة المرشد النفسى لتباين أساليب المعالجة النفسية لمشكلات متباينة فى صعوبتها وتعقدها .

ومن هنا نجد أن أساليب الإرشاد النفسى يجب أن تركز على مشكلات متماثلة فى صعوبتها بينما تترك المشكلات المتطرفة التعقيد كالعصاب والذهان إلى أساليب العلاج المناسبة ،وفى ضوء ذلك يكون الإرشاد النفسى هو هداية الأفراد نحو السلوك مع العمل على تغيير السلوك غير المرغوب إلى سلوك مرغوب وتوفير الظروف المساعدة على ذلك ، أو بمعنى . أن الإرشاد النفسى مسئول عن عملية التوافق والصحة النفسية فى أى تجمع سواء فى المدارس أو المصانع أو المستشفيات حيث يساعد الناس على فهم أنفسهم وعلاقاتهم بالآخرين . كما يمتد للتدخل فى حالات الأفراد الذين يواجههم مشكلات ، أى أنه يساعد الفرد على فهم قدراته وإمكاناته وتعليمه القدرة على التكيف مع بيئاته وحل مشكلاته التى تعوقه عن تحقيق أهدافه التى تتحدد مع المرشد.

والإرشاد النفسى علم تطبيقى حديث النشأة بدأ مرتبطا بعملية التوجيه المهنى ثم التربوى ، ثم اتسع أكثر ليتضمن توفير مستوى أمثل من الصحة النفسية للأفراد (حامد زهران ١٩٨٠ ، ص٢٠) ويعتمد المرشد النفسى فى تحقيق أهدافه الإرشاد أساسا على العلاقة التى يستطيع إقامتها مع العميل ثم إجراءات ومجهودات يمكن أن يقدمها لتدريب العميل وتعليمه بما يساعد ه فى التغلب على مشكلات التوافق مع البيئات .

ما هو علم النفس الإرشادى أذن ؟

يرى أيفى Ivey أن علم النفس الإرشادى علم تطبيقى يهدف إلى مساعدة الناس ليعيشوا حياة اكثر فاعلية وإنجازا ، ليس لديهم اضطرابات عميقة ،ويهتم بالشخص ككل ، أفكاره ، مشاعره ، العلاقات الزوجية ، المهنية ، الشعور بالاستمتاع فى الحياة .

(Bones, 1981, P.6)

ويختلف علم النفس الإرشادى عن الطب النفسى ، وعلم النفس التربوى أو الإكلينيكى بأنه يهتم بالوجود الجيد والمرغوب للفرد وبتحقيق الذات أكثر من اهتمامه بعدم أو سوء التوافق والمرض النفسى، وبينما ينظر الإكلينيكى إلى ما هو خطأ وكيف نعالجه فإن المرشد النفسى ينظر إلى ما هو صح وكيف نستفيد منه إلا انه يجب أن نلاحظ أن كل المتخصصين فى مجالات علم النفس الأخرى يستفيدون ويستخدمون الإرشاد النفسى وبالرغم من أن علم النفس الإرشادى يغطى منطقة سيكولوجية خاصة إلا انه يمتد ليفيد فى مجالات سيكولوجية أخرى متعددة كالعلاج والتوجيه ،ومن هنا يعتبر من أكثر العلوم السيكولوجية تطبيقية وهذا ما انتهت إليه هيئة تعريفات العلوم النفسية المنبثقة من الجمعية الأمريكية النفسية APA سنة ١٩٥٦ ، وأن الهدف المهنى للمرشد النفسى أن يلاحظ النمو النفسى للفرد بهدف تعديل الاضطرابات الحاصلة فيه وتتضمن هذا عمليات التوافق ليس فقط عند من يعانون من اضطرابات نفسية عميقة بل وأى اضطراب -

خاصة المتصل بالنمو - قد يكون غير واضحاً إلا أنه يعوق تحقيق أهداف الفرد بالشكل المرغوب . كما يهتم الإرشاد النفسى بمنع انتكاسة الأفراد المعالجين ، ومن هنا فإن العلاج والإرشاد وجهان لعملة واحدة يمكن أن نطلق عليها " نموذج التعليم السيكولوجى ".

ومن أجل هذا يرى نيلسون R.N. Johes انه يمكن النظر إلى الإرشاد النفسى باعتباره :-

١- علاقة مساعدة ٢- أساليب وأنشطة متكاملة

٣- مجالات محددة ونوعية تقدم فيها خدمات . وتفصيلاً كما يلى :-

(١) الإرشاد كعلاقة مساعدة :

ما دام هناك إرشاد أو علاج فهناك علاقة بين مرشد وعميل ، بعض التوجيهات تركز عملية الإرشاد أساساً فى هذه العلاقة خاصة المنتمون إلى نظرية كارل روجز أو الإرشاد المتمركز حول العميل وبعضها يضفى أهمية بسيطة أو متوسطة على هذه العلاقة غير أنه لا يوجد من ينكر دورها فى مساعدة العميل فى التغلب على مشكلاته ،وهذه العلاقة أوضح ما تكون داخل موقف المقابلة والتى سوف نعرض لها تفصيلاً فى هذا الفصل ، على أنه يجب أن نشير إلى أن هذه العلاقة لابد أن تتضمن خصائص عامة مثل التعاطف ، الفهم ، احترام العميل وأفكاره ، كما لابد أن يتصف المرشد بخصائص هامة سوف نعرض لها فيما بعد تفصيلاً ومن أهمها مهارة الاستماع والقدرة على قيادة العميل نحو الهدف العلاجى .

(٢) الإرشاد كأساليب وأنشطة متكاملة :

أن مجرد وجود علاقة نوعية بين العميل والمرشد لا يكفى لتحقيق العلاج ، ذلك أنه لابد من تطبيق سلاسل من الإجراءات والأنشطة التى تقوم على أساس علمى تسهم فى تحقيق العلاج ، فالعلاج يندرج داخل أنشطة من النظم والمناهج التى يستخدمها المرشد فى تعامله مع العميل، وربما يتضمن وجهات نظر كالعلاج العقلانى الانفعالى ، السلوكية ، التحليلية ، والعلاج المتمركز حول العميل .

الإرشاد أذن عملية نفسية سواء نظر إليها باعتبارها علاقة أو مساعدة متميزة ويرتبط علم بالإرشاد من حيث :-

١- أن الإرشاد عادة ذات طبيعة سيكولوجية .

٢- أن النظريات المفسرة لعمليات الإرشاد وأهدافه نظريات سيكولوجية وأصحابها عادة علماء نفس مثل روجز ويتضح ذلك فى:

أ- إجراءات الإرشاد نفسها سيكولوجية ، وإنها علاقة مستمرة بين عميل ومعالج .

ب- المقاييس والاختبارات التى تستخدم عادة مقاييس نفسية كالاستعدادات والشخصية والاتجاهات ...الخ .

جـ- كما أن المصطلحات التى تستخدم فى وصف سلوك العميل أثناء الإرشاد عادة مصطلحات سيكولوجية .

٣- تسهم البحوث النفسية فى بلورة النظريات الخاصة بالإرشاد وتقييم

عمليات ونتائج الإرشاد .

(٣) الإرشاد كإجراءات تقديم خدمات داخل مجالات محددة :

ليس هناك فرق بين إجراءات الإرشاد والعلاج ،وان كـان الإرشـاد يركز على الأفراد الأقل اضطراباً داخل مواقف غـير طبيـة ، بينمـا يركـز الصالح النفسى على الشخص شديد الاضطراب مثل الذهانيين وداخل مواقف طبية .

ويهتم المرشد ببعض المشكلات التى لاتهم المعالج مثل مشاكل اختيار المهنة ، مشاكل زواجية ، صعوبة فى التعليم .

وقد أجريت دراسات عديدة للتعرف على مجـالات الإرشـاد النفسـى وإجراءاته منها دراسة أجراها مييننج وكاتز Manning & Cates جمعـا فيها استجابات ٢٩٠٠ أخصـائى نفسـى حـول إجـراءات ومجـالات الإرشـاد النفسى ووجد إنها تنقسم الى ثلاث عوامل او تجمعات : -

الأول : يشـير إلى عـامل الممارسـة الإكلينيكيـة ويندرج تحتـها التكنيكـات الاسقاطية ، علم النفس المرضى ، العلاج النفسى ، وتقييم الفرد

الثانى : يشير إلى مجـال التخصص ويندرج تحتـه المجـال الإكلينيكـى المدرسى، مشكلات سلوكية ، تقييم التلاميذ ، مشـكلات القـراءة ، وإجراءات علاجية .

والثالث : يشـير إلى عامـل العلاج النفـسى ويندرج تحته مشكلات مهنيـة

وعمليات التقدير ، مشكلات تعليمية ، التوافق الشخصى ، والإرشاد والعلاج وإعادة التأهيل .

(Manning& Cates, 1977.)

ثانياً : مجال الإرشاد :-

مما سبق يمكن أن نتعرف بشكل عام على مجالات الإرشاد حيث يمتد إلى أى مجال يحتاج فيه الفرد الى مساعدة لتعديل سلوكه بما يحقق إنجازاته أو يساعده على التوافق أو ينمى مهاراته .. كما يمكن أن يستفاد به فى مجالات العلاج والمجالات الإكلينيكية المختلفة ولكى نحدد أكثر هذه المجالات يمكن أن نتصور الإرشاد فى المجالات الحياتية الآتية :-

١- الفرد مع ذاته:

ومظاهر توافق مع ذاته واضطراباته السلوكية يمكن أن تقسمها الى :-

أ- عدم توافق الفرد مع ذاته : مثل رفض الفرد لذاته أو تحقيره لها وعدم الثقة فيها وفى قدراته ، التوتر ، القلق ، صعوبة النوم واضطراباته .

ب- اضطرابات الذات : العادة السرية والانحرافات الجنسية ، التهتهة ، أحلام اليقظة ، البول الليلى ، مص الإصبع، إعراض ذهانية (غير مرضية) وعصابية (غير مرضية) .

٢- الفرد داخل الأسرة :

أ- عدم التوافق : رفض عضو أو اكثر من أعضاء الأسرة ، التعليق الزائد بأحد الوالدين ، الفوبيا العائلية ، الخوف الزائد من عضو من الأسرة،

الخوف من موت أحد الوالدين ، الشك في أحد أعضاء الأسرة ، الشك في قدرات وتوجيهات أحد الوالدين أو كليهما .

ب- اضطرابات الذات داخل الأسرة : الانزواء والشعور العام بالرفض ، الميل للهروب من الأسرة ، العدوانية في الأسرة أو على رمز لها أو ممتلكاتها ، الخوف من تكوين أسرة .

٣- الفرد في عمله :

أ- عدم التوافق : كراهية العمل ، عدم القدرة على الأداء المرغوب في العمل ، التغيب ، اضطرابات العلاقة مع الزملاء أو الرؤية ، اضطراب العلاقة مع الآلات والمصنع ، والاستهداف للحوادث .

ب- اضطرابات الذات : الخوف والرفض العام ، الشك العام ، الشك في الذات وقدرتها ، أعراض بارانويدية ، ذهانية ، عصابية ..الخ .

٤- الفرد في المدرسة :

أ- عدم التوافق : اضطراب علاقة التلميذ بالزملاء ، تعلق زائد ، شك خوف ، خضوع زائد .. الخ رفضه الجماعات المدرسة والفصل ، ارتفاع العدوانية ضد المدرسة ممثلة في المدرسين ، صعوبة في تكوين صداقات ، الشك في الآخرين بالمدرسة .

ب- اضطرابات الذات : العلاقة مع الذات داخل المدرسة ، الخوف والرفض العام ، انخفاض القدرة التحصيلية ، التهتهة والتعلثم ، إهمال الذات داخل المدرسة (في الملبس ، الأدوات المدرسية) الشك

فى الذات وقدراتها ، أعراض ذهانية أو عصابية ، انحرافات جنسية.

• مجالات الإرشاد (الخاصة بالمرشد النفسى) :-

تتحد مجالات الإرشاد النفسى بشكل نوعى فى المجالات غير الطبية التى يحدث فيها اضطراب للذات فى أى من مواقع الحياة مثل السابق ذكرها ، هنا يكون دور المرشد النفسى أساسا ، وقد يستعين بآخرين مثل الطبيب والأخصائى الاجتماعى إلا أن دوره هنا يكون أساسياً وفنياً بمعنى أنه عادة ما يلجأ إلى المقاييس النفسية المقننة وإلى أساليب العلاج العملية مما يجعله قد يمارس دور المعالج وقد يقوم بتحويل الحالة إلى المعالج النفسى ليمارس دوره .

• مجالات مشتركة :

والمقصود بها هنا إنها عادة ما تكون مشتركة بين المرشد النفسى وأخصائيين آخرون وتنحصر هذه المجالات فى عدم توافق العميل مع الموقف البيئى الموجود فيه سواء فى المدرسة او المصنع أو الأسرة أو غير ذلك ويمكن تقسيم هذه المجالات إلى :

أ- سوء توافق يرجع إلى نقص التدريب :

قد يكون سوء توافق العميل مع الموقف البيئى لا يرجع إلى اضطرابات سلوكى فى قدراته أو بناء شخصيته وإنما قد يرجع إلى نقص تدريبه فى مهارة لازمة للتوافق مع هذه البيئة لأسباب موضوعية ، كالجندى الذى

يضطهد من الضابط لنقص مهارته في التصويب مثلاً ، هنا يحـال إلى مـدرب متخصص فى هذا المجال أو تلميذ بسبب أو لآخر لم يستطيع مـا يـره بقيمـة زملائه فى فهم مادة معينة ، هنا يكون فى حاجة إلى مدرس متخصص فى هذه المادة يساعد على التوصل إلى مستوى زملائه ما دامـت قدراتـه تسـمح بذلك وما دام يظهر عادياً فى بقية المواد مثلاً ،وهنا يكون المرشـد المتخصـص هو المسئول ، وربما يتحدد دور المرشد النفسى أساساً فى تحويـل العميـل إلى المرشد المتخصص مع مجرد توضيح أبعاد المشكلة له والعميل سوياً .

وفى هذا المضمار تتعدد أنماط الإرشاد ، من إرشاد تعليمى عسكرى ، مهنى ، دينـى ...الخ لا تدخـل ضمـن دائـرة الإرشـاد النفسـى وإنمـا تكـون مجالات إرشاد خاصة بها ،ويقتصر دور المرشد النفسى هنا فى إحالة العميل إلى المرشـد المتخصـص وتوضيـح أعـراض وأبعــاد المشــكلة للعميــل والمرشــد المتخصص .

وبالطبع قد يرجع قصور مهارة العميل هنا – أحيانـا – إلى اضطـراب فى قدراته وشخصيته وهنا يدخل دائرة اضطرابات الذات ونكـون فـى مجـال الإرشاد النفسى أساسا .

ب – سوء توافق نتيجة لاضطراب الذات :

قد يرجع سوء توافق العميل فى مجال ما سـواء العمـل أو المدرسـة أو الأسرة ..الخ لا إلى مجرد مهارة مهينة بقدر ما يرجع إلى نقص قدراته وعدم قدرتـه علـى التعلـم أو اضطرابـات الشـخصية . ويدخـل هـذا فـى اختصـاص

الأخصائى النفسى أساسا ، غير أن هذه الاضطرابات قد تؤدى إلى عدم قدرتـه على تعلم مهارة مطلوبة مع هذا المجال ، فالمخاوف ردود بسيطة أو عدم ثقة التلميذ فى قدراته أو ميله للخنوع أو النشاط الزائد والمتطرف قد يكون مسئولاً عن عدم قدراته على تعلم مواد تحصيلية ، يؤدى هذا إلى عدم توافقه فى المدرسة مثلاً . هنا يمكن للمرشد النفسى أن يستعين بمدرس لمساعدة هذا التلميذ فى ضوء خطة يرسمها الأخصائى أو المرشد النفسى أو قد يكون عاملاً فى مصنع أو فى مهنة أخرى ..الخ هنا يكون المرشد النفسى أساس غير انه يستعين بمرشد أخر تخصصى .

ما الذى نستفيد وننتهى إليه من هذا الجزء ؟

١- أن الاضطرابات الذات - إذا لم تكن وراءها سبب موضوعى - سواء انحرافات فى الشخصية أو أعراض ذهانية أو عصابية أو انحراف جنسى أو سيكوباتى داخل أى موقع نكون فى إطار تخصص المرشد أو المعالج النفسى .

٢- إذا كان هناك اضطراب للذات يرجع إلى نقص مهارة متعلم لازمة للتوافق مع بيئة العميل ، هنا على المرشد النفسى أن يقوم بتحويل العميل إلى المرشد أو المدرب المتخصص مع تقديم المساعدة اللازمة للعميل والمرشد المتخصص وتوضيح أبعاد المشكلة للطرفين وإلا فقد يسئ إلى العميل والى نفسه كذلك .

٣- إذا كان نقص تعلم العميل لمهارة مطلوبة يرجع إلى اضطراب فى شخصية

أو عدم قدرته على اكتشاف قدراته واستعداداته ، يكون هذا أساسا في نطاق تخصص المرشد النفسي بشرط أن يستعين بالمرشد المتخصص بعلم هذه المهارة ، على أن يتم ذلك في ضوء خطة يرسمها المرشد النفسي ويستحسن في بعض خطواتها أن يستعين في تصميمها بالمرشد التخصصي .

٤- أخيراً على المرشد النفسي أن يحدد جيداً مجال تخصصه وألا يتردد في إحالة العميل إلى جهة الاختصاص أو الاستعانة بمرشدين آخر كلما لزم الأمر .

ثالثاً : العلاج النفسي .

*** تعريف العلاج النفسي :-**

ما هو العلاج ؟ هو أن يشعر العميل أنه وصل الى مستوى من الإحساس بالسرور والتوافق مع بيئته أو هو إزالة الأعراض ، او هو التوصل لتكامل الشخصية ..الخ أي من هذه التعريفات لا يمكن الأخذ به وحده ذلك أن العلاج النفسي مازال من الصعب تعريفه بشكل متفق عليه فعند أي مرحلة تعتبر أن ، العلاج قد تم ؟ وهل هناك علاج تام ؟ هذا أمر مستحيل . أذن عند أي مرحلة نقول أن العلاج قد تم ؟

كل هذه أمور توضح مدى صعوبة وتعدد تعريفات العلاج النفسي

حيث أن عالماً مثل ويلبرح (Wclbery. 1967, P.7-10) يعرض لنا ٢٦ تعريفاً للعلاج بينما يذكر ويز (Wcine, 19,P334) أن تعريفات

العلاج .

ويرى رازاس أن العلاج النفسى عبارة عن تفاعل منظم بين المعالج والعميل مع استخدام الحقائق السيكولوجية لتعديل مشاعر وأفكار وسلوك العميل لمساعدته على التوافق والتغلب على السلوك المضطرب .

(Rathues, 1990 P. 5-8)

النفسى تتعد بتعدد من كتبوا فيه ، بينما يرى ريزمان ان جميع تعريفات العلاج النفسى برغم تعددها يمكن أن نصنفها على اساس المحكات التالية : (Reisman, 1971)

١- تعريف العلاج النفسى تبعاً لأهدافه :

حيث يعرف العلاج النفسى هنا فى ضوء الأهداف التى يحددها المعالج أو كمنهج يهدف عامة لتخفيف الأعراض المرضية أو لتخفيف السلوكى مثل تعريف العلاج النفسى بأنه إجراءات علاجيا تهدف إلى مساعدة المريض والتأثير على عملياته الوجدانية ومساعدته على تقييم نفسه ومستويات توافقه مع مشكلات الحياة .

(Maslov & Mittelman, 1951, P. 179)

وتعطى هذه التعريفات ما يقصد المعالج الانتهاء اليه وعمله ، كما يغطى العلاج بالعقاقير والجراحات .

٢- تعريفات العلاج النفسي بإجراءاته:

تقوم هذه التعريفات على أساس العمليات والإجراءات التى يتبعها المعالج فى خفض شدة الأعراض المرضية ، ويدخل فى الإطار النظر إلى العلاج كوسيلة لاستخدام إجراءات القياس النفسى مثلاً أو الاتصال اللفظى بين العميل والمعالج .

مثال: علاج مشكلات الشخصية والوجدانية بإجراءات ووسائل نفسية مثل استخدام إجراءات نفسية معينة لتوصل رسالة .

٣- تعريف العلاج بواسطة من يمارسون :

أى بشروط تأهيل المعالج وما يفعله مع العميل طبقاً لهذا التأهيل.

مثال: أن العلاج النفسى يختص بالعلاج الذى يقوم به شخص مدرب ، أو هو شكل من أشكال المساعدة التى يقدمها معالج لتخفيف حدة الإنعصاب عند المريض عن طريق تغيير بعض التغيرات فى شعوره واتجاهاته وسلوكه .

(Frank,1961, P. 114)

٤- تعريفات العلاج تبعاً للعلاقة بين المعالج والعميل :

يعرف العلاج النفسى هنا تبعاً للعلاقات التى تتكون بين العميل والمعالج على أساس أن هذه العلاقة تشكل مظهراً خاصاً من العلاقة بين الناس والتى يحدث فيها لون فريد من التعلم الاجتماعى مثلاً أو تفاعلات منظم لحث الوجدان وحدوث خبرة ونمو .

مثال : العلاج هو موقف يتضمن عمليات علاجية لها خبرة خاصة وفريدة

تتم بواسطة شخص مريض يبحث ويسأل عن مساعده من شخص آخر هو المعالج الذى يقبل أن يقدم هذه المساعدة .

غير أن هذه التعريفات تقتصر على التعليم أو التغيير الاجتماعى ولا يوضح كيف يعمل المعالج لإنجاز تلك المهمات ، غير أنه يغطى كل التعريفات التى تشير إلى أى تغيير فى السلوك نتيجة لعلاقة ما ، وقد لا تكون هذه العلاقة علاجية كما فى حالة التعليم العادى . وكل هذا يمثل نقصاً فى هذه التعريفات ويرى البعض الذين ينمون إلى هذا التوجه إلى انه من الأفضل تعريف العلاج فى ضوء عمل المعالج وليس مجرد العلاقة أو استجابة المريض أو العميل .

ما الذى ننتهى إليه من التعريفات السابقة ؟

يرى رازس أنه بالرغم من تنوعها إلا أن هناك عناصر مشتركة يمكن أخذها كأرضية أولى للاتفاق على تعريف مقبول للعلاج .

(Rethues, 1990, P. 517)

ويرى ويتر أن من أهم هذه العناصر المنتشرة :

١- استخدام المقاييس النفسية لمساعدة الأفراد الذين يشعرون بمشكلات وجدانية فى حياتهم أو فى تشخيص وقياس القدرات والاضطرابات ببناء الشخصية والتشخيص عامة .

٢- رغبة المعالج فى أن يكون له فائدة للمريض أى انه يمكن النظر إلى العلاج النفسى على :-

أ- أنه علاج الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية فى ضوء دراسات علم النفس وفروعه الإكلينيكية مع الاستعانة بذوى التخصصات المرتبطة.

ب- أن العلاج النفسى هو عملية كلية ومتكاملة .

(Through: Weiner, 19, P.334)

كما أن للعلاج النفسى خصائص عديدة ويكون متفقاً عليها - يذكرها رازس فيما يلى :-

١- تفاعل منظم بين المعالج والعميل - على المعالج أن يتعرف على حاجات وأهداف العميل وكيف يتفاعل ويرتبط مع العميل وكيف يرتبط العميل به .

٢- المبادئ السيكولوجية - يقوم العلاج على نظرية سيكولوجية فى الشخصية التعلم - الدافعية - الانفعال وليس على مبادئ أخرى غير سيكولوجية .

٣- فيؤثر العلاج النفسى على سلوك ومشاعر وتفكير العميل وذلك حسب ما هو مرغوب ويساعد المريض على التوافق .

٤- يستخدم العلاج مع ٣ من العملاء على الأقل :-

أ- الذين تم تشخيصهم على أن لديهم أنماط من السلوك المضطرب . كاضطرابات القلق- والوجدان - انفصام - الاكتئاب خاصة الحاد . هذا لا يمكن أن يلعب العلاج البيولوجى دوراً هاماً فى العلاج ، ومع هذا فقد يستخدم العلاج النفسى ، أحيانا مع الحالات الحادة إلى المجال

التربوى والمرضى .

ب- من يطلب المساعدة للتكيف مع مشكلات مثل الخجل السمنة وزيادة الوزن والنهم فقدان الزوج - ضعف جنسى - وعادة لا يحتاجون لعلاج بيولوجى .

جـ- هناك من يستعينون بالعلاج الدينامى و الفينولوجى ليس لأنهم يطلبون المساعدة فى حل مشكلات بل لكى يتعرفون اكثر على أنفسهم ويحققون أقصى قدر من السيادة لأنفسهم .

(Ibid. P.519)

هدف العلاج :-

كما أن هناك شبة اتفاق على أهداف العلاج النفسى والتى يمكن حصرها فيما يلى :-

يمكن تحديد أهداف العلاج النفسى فيما يلى :-

١- الشفاء التام : سواء فى مجالات الأمراض النفسية أو الفيزيقية .

٢- تخفيف حدة الأعراض : بمعنى أنه يهدف إلى تخفيف حدة الأعراض المرضية بما يساعد العميل على أن يصبح متوافقاً مع جماعته ومع ذاته، وهو محور الطب عامة ، كما تركز عليه المدرسة السلوكية على اعتبار أن وضع العميل على بداية هذا الطريق التوافقى ييسر تقديم معززات اجتماعية هامة تدعم سلوكه التوافقى الذى تعلمه من موقف العلاج .

٣- عند استحالة شفاء الأعراض البحث عن بديل ، وذلك فى بعض الحالات

خاصة كما فى حالة التخلف العقلى حيث يبدو من الصعب العمل على شفاء هذا المرض ، وهنا نقوم بفحوص وقياسات سيكولوجية خاصة للقدرات ثم الشخصية لمساعدة المريض على استغلال إمكانيات أخرى لدية تسهل فى توافقه مع ذاته ومعه الجماعة .

ويرى أرفنج وينز (Weine, 19, P.338) أن الناس تبحث عن العلاج النفسى لثلاثة أسباب هى :

أ- شعورهم باضطراب نتيجة انعصابات مثل القلق ، الاكتئاب ، الفوبيا ، او صعوبات واضحة فى التفكير .

ب- البعض يشعر بمشاكل معينة فى الحياة كالفشل فى العمل أو المدرسة أو اضطرابات الزواج أو الانزواء الاجتماعى .

جـ- بعضهم يشعر أنه غير متوافق مع نفسه وغير راضى عن ذاته لفشله فى أن يكون كما يجب . ويرى وينز أن أهداف الإرشاد والعلاج النفسى تتحدد فى ضوء الاسباب السابقة كأن نخفف من الانعصاب الوجدانى وأن نقلل من الصراعات وما يقلل من تحقيق الفرد لطاقاته .

والعلاج النفسى - كما يرى وينر - هو إجراءات تهدف إلى المساعدة وتغيير السلوك إلى ما هو مرغوب أكثر مما هى إجراءات لتغيير دائم وكلى .

أهم أساليب وطرق العلاج :

تتعدد هذه الأساليب بشكل واسع جداً ويؤكد هذا أننا نجد كتباً خاصا كل منـــها يتنـــاول أســـلوباً علاجيـــاً واحـــد مثـــل كتـــاب Steven Reiss & R.R. Bool - Zi. بعنوان :

Theoretical is ues in behavioral Therapy. Florrca: acadimic Press, Inc., 1985.

ومثل كتاب بيك المشهور Beck, A.T. بعنوان Coqnitive therapy

The emotional disocders. New York: International Uno. Press, 1976.

وكتاب باندورا Bandura A. بعنوان-Principles of beh

Modification, New Yorl: Holt Riue hart and Winston 1969.

ومئات من الكتب الأخرى كتب كـارل روجـرز وفرويـد . بـل هنـاك كتب خصصت لاستخدام تكنيك واحد محدد لعلاج مـرض واحـد مثـل مقالـة ستاتز Staats A.W. سنة ١٩٧٢ حول مجرد علاج السلوك اللغـوى والـذى نشر فى مجلــة العـلاج السـلوكى ١٩٧٦ مجلـد ٣ص ١٦٥-١٩٢ ومقالـة ريـم Rehm حول استخدام ضبط الذات فى علاج الاكتئاب والذى نشر فى مجلـة العلاج السلوكى مجلد ٨ ص ٧٨٧ - ٨٠٤ سنة ١٩٧٧.

معنى هذا أن نتناول هذه الأساليب فى جـزء منفصل لابـد أن يشـوه حقائق هذه الأساليب وبالتالى نكتفى هنا بمجرد تصنيفها ثم تفـرد الفصـول الثلاث القادمة لعرض بعض هذه الأساليب بشكل يساعد القـارئ علـى الإلمـام بمعالمها العامة فقط .

وعامة يمكن تلخيص أساليب العلاج كما يرى ويبر فيما يلى :

العلاج العام : وذلك بالاتصال بالأسرة وتشجيع العميل على مواصلة العمل والتوافق مع الآخرين .

ب- العلاج الخاص :

١- علاج فيزيقى : عضوى وطبى يستخدم فيه العقاقير ، صدمات الأنسولين والكهرباء ، الجراحة ، ويختص به الطبيب .

٢- علاج اجتماعى للبيئة : وذلك من خلال العلاج الاجتماعى للمجتمعات أو الجماعات التى ينتمى إليها العميل كالأسرة ، ويختص به الأخصائى الاجتماعى .

٣- علاج نفسى سواء بالتحليل لنفس أو تبعاً لنظريات الجشتالت أو كارل روجر . وجميعها توجهات دينامية سوف تقرا لها فصلا خاصاً.

٤- علاج سلوكى : وهو العلاج الذى يقوم على أسس من التجارب العملية ودراسات التعلم وله توجهات فرعية أخرى وسوف نضع فى دائرته ما يسمى بالعلاج السلوكى وآخر للعلاج السلوكى المعرفى الفرق بين العلاج النفسى والإرشاد والعلاج النفسى يهدف إلى تعديل سلوك العميل أو تعديل مشاعره واتجاهاته وزيادة استبصاره أو معرفته بقدراته ونواحى القوة والضعف فى شخصيته بما يساعده على التوافق مع عمله وجماعته التى ينتمى إليها وتحقيق ذاته ، ويتبعا فى ذلك إجراءات تكاد تكون متماثلة طبقاً لتماثل النظرية التى يتبعها المرشد أو المعالج سواء التحليلية أو الجشتالت أو السلوكية .. الخ - كما سنعرض لها فيما بعد .

- أدى هذا التماثل بكثير من الباحثين إلى القول بأن الإرشاد النفسى هو العلاج خاصة إذا استبعدنا من دائرة العلاج تلك الاضطرابات التى تدخل فى حوزة الطبيب ومن هؤلاء ترويـاكس Truax وكـارخوف Carkhuff اللذان استخدما مصطلحا الإرشاد والعلاج للدلالة على شئ واحد (Through: Jones, 1982, P.3) ومن أجل ذلك فإن كل مجالات التمييز بين الإرشاد والعلاج النفسى باءت بالفشل أو شابها كثير من الفوضى . ذلك أن العلاج كما يرى تيلر Tyler يهدف إلى أحداث تغير فى الشخصية من أوجه ما من الوجوه ونفس الشيء يهدف إليه الإرشاد النفسى . وبعد أن حاول يوسف مصطفى وآخرون التمييز بين الإرشاد والعلاج فى فصل كامل (الفصل الثالث من مرجعهم هنا) انتبهوا إلى أن كل المحاولات التى قامت للتمييز بين الإرشاد والعلاج انتهت إلى وضعها فى متصل واحد . (يوسف مصطفى وآخرون ١٩٨١ ،ص٨٩)

وفى هذا مجال تمييز إيفى Ivey بين المقابلة فى الإرشاد والعلاج يؤكد أن التمييز بين العمليات الثلاث أمر صعب ، ففى خلال المقابلة إذا اكتشف الأخصائى مشاكل حادة قائمة يمضى مع العميل الى مجال العلاج النفسى ، وكثيراً ما يقوم المرشد النفسى بسلاسل طويلة من الجلسات العلاجية وقد يتعمق فى دراسة الشخصية أحياناً أكثر من المعالج . وكلمة العلاج أصبحت مصطلحاً شائعاً يغطى الآن كلا من الإرشاد والعلاج النفسى .

(Ivey et al, 1987.P. 18)

ومع هذا فإن هناك حدوداً قائمة بسيطة يذكر منها :

١- أن الإرشاد رغم أنه يتبع كل إجراءات العلاج الا أنه عادة يكون سطحياً سريعاً ويتم فى مواقف غير طبية .

٢- العلاج يتم عادة فى مجالات طبية كالمستشفيات والعيادات ، كما أنه يختص بالأمراض الوظيفية كالعصاب والذهان .

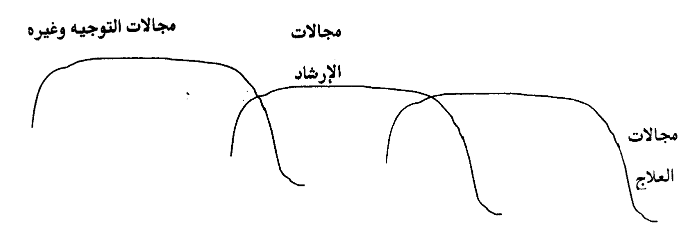
٣- الإرشاد يمكن أن يتم فى مواقف سوية ومرضية ، سوية مثل التوجيه المهنى أو الزواجى ..الخ ومرضية كالعصاب والانحراف الجنسى ..ومن هنا نجد أن للإرشاد علاقة بالعلاج والتوجيه سوياً .

٤- التوجيه التربوى أو المهنى هى صور من الإرشاد تقاس فيه قدرات العميل وتوجه إلى المجال المعنى أو التربوى الملائم لها . كما يحتاج الأمر إلى جلسات إرشادية تطبق فيها إجراءات علاجية لتعديل بعض صور اضطرابات العميل لتأكيد إمكانية توجيهية .كل هذه المواقف هى مواقف إرشاد نفسى .

٥- يتضح أن الإرشاد أكثر عمومية من العلاج ، كما قد يستخدم القياس النفسى سواء مقاييس شائع استخدامها فى مجال السؤال حينما يهدف إلى التوجيه أو شائع استخدام فى المجال الإكلينيكى حينما يهدف إلى تعديل سلوك أو تخفيف حدة أعراض مرضية أو مساعدة العميل على التوافق .

٦ - العلاج النفسى إذا نظر إليه بمفهومه العام وتقديم المساعده فإنه يكون

قريباً جداً من مفهوم الإرشاد النفسى . بينما فى مفهومه الخاص نجده متداخل مع الإرشاد كما فى التوضيح التالى الذى يقدمه أيفى :



من الواضح أنها جميعاً تتلاقى داخل دائرة الإرشاد النفسى

٧- أخيراً فإن الفرق بين العلاج والإرشاد هو فرق فى :-

أ- اتساع الإرشاد لتقديم أى صور من صور المساعدة النفسية والتى تعطى التوجيه والإرشاد التربوى والمهنى والزواجى والعلاجى .

ب- اختصار العلاج على المجال الطبى أى مجال تقديم الخدمات النفسية داخل المستشفيات والعيادات .

جـ- يكون أساليب وإجراءات الإرشاد هى نفسها إجراءات العلاج فيما عدا أن إجراءات الإرشاد يمكن أن يكون مسحية عامة ومرنة بينما إجراءات العلاج خاصة تحت توجه نظرى تكون واضحة الخطوات وشبه مقننة .

د- الفرق إذن كما يرى حامد زهران (حامد زهران ، ١٩٨١ ص ١٣٣ هو فرق فى الدرجة وليس فى التنوع وفى العميل وليس فى

العملية ، بمعنى إن عميل العلاج عادة هـو مريـض بينمـا عميـل الإرشـاد يتضمن السوى والمريـض ، بينمـا العمليـة والإجـراءات هـو نفسـه تقريبـاً بين الإرشاد والعلاج ما عدا درجة التحديد والصرامة حيث تـزداد فـى العلاج عنها فى الإرشاد.

رابعاً : المقابلة كموقف علاج وإرشاد نفسى :

ما هى المقابلة ؟ عبارة عن مواجهة أو مقابلة بين شـخصين وتتضمـن عنصر المواجهة والمناقشة بين هذين الشخصين همـا المعـالج والعميـل (لويـس مليكـه ص٦٥) (سـويف ، ١٩٧٥ ص٣٨٣) ويتفـق علمـاء النفـس علـى أنـها تتضمن تفاعلاً لفظياً متبـادلاً يحـاول فيـه البـاحث أو المعـالج الحصـول علـى معلومات حول موضوع ما ، وهى تشبه المناقشة من عدة أوجه ، فكـل منـهما يتضمن تبادلاً لفظياً للمعلومـات والأفكـار والاتجاهـات والمشـاعر وغالبـاً مـا تكون المعلومات الصادرة عن المعالج للعميل مصممة لحث العميل علـى اصـدار معلوماً تسهم فى تحديد أبعاد المشكلة تشخيصاً أو فى تعديـل سـلوكه خاصـة حينما يكون هدف المقابلة علاجياً ، بينما المعلومات التى تصدر عن العميـل لفظياً تهدف إلى تقديم معلومات للمعالج لمساعدته فى تشخيص المشكلة .

ولما كانت المقابلة عادة مصممة الحصول على هدف محـدد فـلا بـد ان يكون أحد طرفى المقابلة – وهو هنا المعالج – مسئولا عن توجيه التفاعل نحو الهدف (الإجابة على سؤال محدد) ، ومن هنا يعمل على تجميع معلومات ليس فقط من الإجابات أو السلوك اللفظى للعميل بـل كذلـك وأهـم مـن خـلال

السلوك غير اللفظى الصادر من العميل ، كما سنعرض لذلك تفصيلاً فيما بعد تحت عنوان تشريح المقابلة :وفيما يلى سوف تعرض للمقابلة بشىء من التفصيل .

أ- التمييز بين المقابلة والإرشاد والعلاج النفسى :

فى نطاق تناول أيفى للمقابلة يقون أنها تتضمن تقديم المساعدة لشخص أو جماعة فى صور استشارة ، علاج نفسى ..الخ . أعى أنها تشير الى مفهوم واسع يحتوى تصورات عديدة محددة ثم يقول لنا سوف نحاول التفرقة بين المقابلة وبعض المفاهيم الأخرى المتداخلة منها مثل :

المقابلة : تشير إلى علاقة مباشرة بين معالج وعميل يهدف جمع معلومات تهم فى اتخاذ القرار .

الإرشاد : عملية أكثر عمقاً من المقابلة حيث لا تقتصر على جمع معلومات بل نمتد لتقديم المساعدة للناس العاديين لتحقيق أهدافهم أو لكى يسلكون بشكل أكثر فاعلية .

العلاج : عملية عادة تأخذ مدة زمنية أطول وتهتم بإعادة بناء الشخصية أو تغييرات أكبر فيها . (Ivey, 1987, P.18-19)

ب- أنواع المقابلة :-

(١) من حيث الهدف العام :

أ- مقابلة بحثية : يقوم بها باحث ما يهدف جمع معلومات للتحقيق من صدق أو عدم صدق فروضه وتخضع هذه المقابلة لشروط التقنية الذى يستلزم أى مقياس .

(٢) أ- مقابلة مدخل : وتهدف إلى التعرف على المعالم العامة لمشكلة العميل وملأ استمارة المدخل بواسطة العميل أو مصدر الإحالة ووضع أسس العلاقة بين المعالج والعميل .

وهنا يهتم الأخصائى باستيضاح مشاكل العميل وتوقعاته وتعريفه بإمكانياته المتاحة (لويس مليكه ص٦٥) .

وتمثل المقابلة الأولى هذه نقطة هامة فى المجال الإكلينيكى وإذا لم تتحقق توقعات المريض ربما تكون هى المقابلة الوحيدة ، وهناك شروط لا بد من توفرها تساعد على إنجاح المقابلة .

ب- مقابلة متعمقة : وهى ما تلى مقابلة المدخل ،وعادة تكون من عدة مقابلات متتالية ومحددة الزمان والمكان والهدف ولها خطة مرسومة وتنقسم إلى :

- مقابلة علاجية : تهدف إلى مجرد العلاج وتعديل سلوك العميل .
- مقابلة تشخيصه : تهدف إلى تعميق التشخيص .
- مقابلة مشتركة : تهدف إلى العلاج وتجميع معلومات التشخيص فى نفس الوقت وتقسم المقابلة المتعمقة علاجية أو تشخصيه أو مشتركة تتم تبعاً للتوجه النظرى الذى يتبعه المعالج . فبعض التوجيهات ترى ان المقابلة

لا بد أن تكون تشخصيه أولا ثـم تـأتى بعـد ذلـك المقـابلات العلاجيـة . وبعضها يرى أنـه ليـس هنـاك فـاصلاً بينـها فالمقابلـة تكـون تشـخيصيه وعلاجية فى نفس الوقت .

(٢) من حيث البناء :

١- مقابلة بسيطة : يلقى خلالها مجموعة من الأسئلة البسيطة المصممة لجمع بعض المعلومات كما فى دراسة تاريخ الحالة .

٢- مقابلة صعبة : مصممة للتعرف على كيف يتصرف المريض وجدانيـاً فـى مواقف محددة .

(٣) من حيث التقنين :

يستخدم مصطلح التقنين عادة فى مجال القياس النفسى ، ويقصد بـه الإجراءات التى تخضع لها الاختبار السيكولوجى قبل أن ينظر إليه على أنه اختبار فعلا بهدف التأكد من انه اختبار صادق يقيس ما وضع لقياســه فعـلاً وليس شيئاً آخر وأنـه ثـابت بمعنـى انـه يعطـى نفس النتـائج تحـت نفـس الشروط فى أى وقت ، ومن هنا يحسـب للاختبـارات معـامل صـدق ومعـامل ثبات وشروط أخرى عديدة تسهم فى تحقيق صحة الاختبار .

ويعنـى هـذا المصطلـح نفس الشـىء تقريبـاً بالنسـبة للمقابلـة سـواء تشخيصيه مجمع معلومات أو علاجية . فـلا بـد أن تكـون صادقـة بمعنـى ن تقيس وتتناول ما وضعت لتناوله تشخيصاً أو علاجاً . وأن تكون ثابتة تعطـى نفس النتـائج غـير أن التقنـين ليـس مسـتوى واحـد فـهناك التقنـين الكـامل

ونصف التقنين . وفى ضوء ذلك تنقسم المقابلـة مـن حيـث التقنـين إلى ثـلاث مستويات هى :

(١) الحرة (٢) نصف المقننة (٣) المقننة

(سويف ١٩٧٥ ص ٣٩٨)

١- المقابلة الحرة : وهى تشبه السؤال المفتـوح بمعنـى أنـها تكـون مفتوحـة ومرنة وعادة تكون فى المقابلات الأولى وتهدف الى جمع أكبر عدد ممكن مـن المعلومـات التـى تســهم فــى تحديــد المشــكلة وتكــون اقــرب الى المواقف العادية .

ومن الشائع أن تكون المقابلة الأولى أكثر حريــة وأقـل تقنينـا ويكـون العجيل حرافى التعبير عن مشكلته (لويس مليكه ص٦٧).

والمقابلة الحرة هنا تسمح للعميل أن يعبر عن مشـكلته بحريـة أكـثر على أن يتدخل المعالج فى الوقت الملائم حينما يحاول العميـل إضاعـة الوقت بدون تقديم معلومات جديدة حول مشكلته ، وتستلزم هذه المقابلة لمعالجـاً أو مرشداً نفسياً ماهراً ومتمرساً يمكنه إدارة دفة هذه المقابلة .

٢- مقابلة مقننة : لما كان لأى مقابلـة هـدف معـين ، فـإن التقنـين الكـامل يعنى ثبات إجراءات الحصول او قياس هذا الهدف ، وصـدق المقابلـة أو أن تقيس فعلاً هذا الهدف الذى وضعت لقياسه وأن تكـون النتـائج التـى نصل إليها ثابتة .

وبتطلب هذا ثبات المواقف الذى يتم فيها المقابلة ، ثبات الباحث أو

المثير ، ثبات الأسئلة المطروحة من حيث : (١) عددها (٢) تسلسلها (٣) صياغتها اللفظية وثبات الصوت الذى تلقى به .

والى حد ما هذا هو ما يفعله الباحث هاملتون فى دراساته المشهورة عن الزواج ووصل به الأمر إلى أن ثبت المسافة التى تفصل بين الباحث وبين كل العملاء أو المفحوصين الذين كانوا يفحصهم بشكل فردى . (سويف١٩٧٥ ص٤٠٠) غير أن المقابلة المقننة قليلة الأهمية فى المجال الإكلينيكى حيث يكون المريض غالباً محاوراً أو مراوغاً والحصول على تعاونه أمر بالغ الأهمية. (لويس مليكه ص٦٦)

٣- مقابلة نصف مقننة : فى هذه المقابلة تترك حرية أكبر للعميل فى أن يتحدث عن مشكلته ، غير أنه يظهر من بعض المرضى أن يركز على جانب واحد غير جوهرى من هذه المشكلة .

وأحياناً يتناول بالحديث جانب بعيد تماماً جوهر مشكلته مما يضيع الوقت ولا يستطيع المعالج جمع معلومات كافية للتشخيص . فى هذه الحالة لا بد أن يلجأ الباحث لتنظيم المقابلة ورسم خطة مسبقة لها . تتحدد فيها المعلومات المطلوب جمعها وهدف المقابلة ومدتها . ثم كثيراً ما يستلزم الأمر تحديد الموضوعات التى يجب أن يتحدث عنها العميل ويمثل هذا جزءاً من التقنين وأحياناً يكون تسلسل الموضوعات أمراً هاماً خاصة نواحى السلوك ذات الحساسية الاجتماعية مثل السلوك الجنسى أو الإدمان ، هنا يكون تسلسل الموضوعات من المألوف الى غير المألوف . من الموضوعات العامه الى

الشخصية الخاصة أمر هام وييسر الحصول على معلومات صادقة .

جـ- تحديد بنيان المقابلة :

د- تشريح محتويات المقابلة (دور المقابلة فى جمع البيانات)

قبل البدء فى هذا الجزء الهام يجب أن نضع فى ذهننا الاعتبارين التاليين :

١- أننا سنركز هنا على المقابلة الإكلينيكية أيا كان بناؤها أو تقنينها على أن نضع فى اعتبارنا أن المقابلة الإكلينيكية عادة مقابلة مفتوحة أو على الأكثر نصف مقننة ومن النادر أن تكون مقابلة كاملة التقنين .

٢- أن المقصود بالتشريح هنا هو التعرف على نوعية المعلومات التى تحتويها أية مقابلة ، وكيف أن تتعرف عليها وان تجمعها وأن تفسرها ، حتى لا يجد المرشد أو المعالج النفسى نفسه وقد ركز على جانب واحد من المعلومات التى تصدر عن العميل ونسى جوانب أخرى ربما تكون أكثر ثراء وصدقا .

هـ- المحاور التى تدور حولها معلومات المقابلة

ويقصد بها تلك المعلومات التى تصدر عن العميل ، والمحاور المشتركة فى كل مقابلة والتى تدور حولها هذه المعلومات . وبمعنى آخر يمكن اعتبار المحور هنا المصدر العام الذى يصدر لنا العميل من خلاله معلومات يمكن أن نجمعها ونتعرف عليها هذه المحاور هى :

١- السلوك اللفظى للعميل :

ويقصد به المعلومات التى يطرحها العميل وبناء عليه يسرد عمليا لنا مشكلته او يجيب على أسئلة توجهها له أو يستجيب على اختبار ما ، أو أى سلوك لفظى آخر مصدر عنه ، عادة يكون هذا السلوك إراديا يخضع لإرادة العميل أو يستطيع التحكم فيه بل وتزييفه أحيانا ،وكثيراً ما يكون مسئولاً عن تضليل المعالج او المرشد غير المتميزين سواء عن وعى كامل من العميل أو بدون وعى منه أو نتيجة سوء فهم أو نقص قدرة فى التعبير عن مشكلته

٢- السلوك غير اللفظى : ويقصد به أية استجابات أخرى عير لفظية تصدر عن العميل مثل مظاهر الانفعالات التى تظهر عليه أو إيقاع ونبرات الصوت ، أو حركات تلقائية ليديه أو ساقية أو تعبيرات متباينة على وجهه أو بكاء أو ضحك ، أو طريقة الجلوس والمسافة التى يفضلها بينه وبين المعالج وهو ما نسميه بالسلوك التعبيرى ، وقد أشرنا إليه فى مراجع عديدة يمكن الرجوع إليها (عبد السلام الشيخ ١٩٧١.

١٩٧٨ ، ١٩٨٢) كما أشرنا إليه في كتاباتنا عن الفروق الفردية واختبارات القدرات .وعامة فهو نمط من السلوك يتميز بتلقائية وقدرته المرتفعة على التعبير عن شخصيته ومن هنا سمي بالمكون التعبيري للسلوك ، كما أنه من الصعب تزييفه وسوف نتناول كلا من السلوكيين تفصيلاً :

١- السلوك اللفظي :

كما قلنا هو ما يقوله العميل في المقابلة سواء أثناء سرده لمشكلته أو إجاباته على أسئلة توجه إليه أو استجاباته على اختبارات لفظية .

ومن الواضح أن هذا السلوك يبدأ في المقابلة الأولى في مجال التعرف بالعميل وملأ استمارة المدخل ..الخ.

ومن السلوك اللفظي يمكن أن نتعرف على نقاط هامة حول مشكلة العميل سواء في حالة العصابي الذي ينشد المعالجة بإلحاح والذي يمكنه أن يحدد لنا أبعاد مشكلة وأن يجيب على ما نوجهه إليه من أسئلة بوعي وفهم عادي . أو في حالة الذهاني الذي عادة ما ينكر مرضه إلى أنه من الممكن أن نحدد الهلاوس التي يشعر بها والضلالات التي تنتشر في تفكيره من خلال حديثه الذي عادة ما يكون مفككاً حتى بالرغم من عدم وعية بهذه الضلالات، بل يمكن أن نستخدم تكنيكاً معيناً نحدد به شدة كل ضلالة ومرات تطرارها بأخذ عينة من السلوك الفظي للمريض بشرط أن يكون لهذه العينات شروطاً معينة . (إلهام خليل ١٩٨٩ تحت إشراف عبد السلام الشيخ)

كذلك فى حالة تطبيق مقاييس سواء اسقاطية شكلية أو لفظية عادية مثل MMPI,E.P.Q. ومقاييس كاتل والاكتئاب لبيك .. الخ .؟

غير انه دراسات عديدة أوضحت ان ما يمكن جمعه من السلوك اللفظى خلال مقابلة الإكلينيكية لا تزيد عن ٣٧٪ والباقى يمكن جمعه من خلال السلوك غير اللفظى مما يوضح أهمية الأخيرة وخطورة ألا يتعرف عليه الأخصائى النفسى .

٢- السلوك غير اللفظى :

هو كما أشرنا سابقاً وهو بالطبع لا يصدر منفصلاً بالضرورة عن السلوك اللفظى ، بل أن كلام العميل نفسه مثل نبرات صوته وإيقاعاته – كما سنعرضها – والإشارات التى تصاحب كلامه ومظاهر الانفعال ..الخ كل هذا سلوك غير لفظى نجده مصاحباً للسلوك اللفظى .

ويتضمن السلوك غير اللفظى أنماطاً عديدة من أكثرها شيوعاً لغة العيون واتصالها وتعبيرات الوجه لغة الجسم كطريقة المشى والجلوس ، المظهر الفيزيقى فى الملبس ،ومظهر الجسم والمسافة التى يتخذها العميل بينه وبين المعالج ، نغمة الصوت ومعدل الكلام .

ويقسم ويلسون الرسائل أو السلوك غير اللفظى إلى أربعة أقسام رئيسية هى :

أ- تلميحات عامة للجسم مثل الملبس ، حركات وايماءات الجسم .

ب- تلميحات خاصة للجسم مثل تعبيرات الوجه والعينين وسلوك التلامس

والتذوق

جـ مؤشرات بيئية مثـل الزمـن ومحـددات ومفهومـه السيكولوجى (ساعة نفسية) الحـيز الشخصى (وقـد تناولنـا تفصيـلاً فـى الفـروق الفرديـة) والمسافة الشخصية .

د- مؤشـرات مـا وراء اللغـة : مثـل نـبرات الصوت وإيقاعاتـه ، خصـائص الحديث والتعبير .

(Welson et al 1985)

ومـن المفـروض علـى الأخصـائى المختـص قبـل أن يمـارس العـلاج أو الإرشاد أن يتدرب على فهم وتفسير هذا السلوك وعلى ضبطه والتحكـم فيـه بالنسبة لما يصدره منه فى المقابلة .

وفيما يلى نعرض لبعض هذه الأنماط وكيف تعـامل معـها المعـالج او المرشد النفسى .

ومن البحوث لتى اهتمت بدراسة المحتويات ، غـير اللفظيـة بحـث ماتاراسون محلل فيه التفـاعل داخـل المقابلـة بـين العميـل والمعـالج وسـجل التفاعل على خط كروتوجرانى على أساس شايل .

وانتهى إلى أن التغييرات المتضمنة فى محفور الفاعل فى المقابلة هى:

١- الإيقاع : كم مرة يبدأ نشاطه . ما طول الحمل وسرعتها.

٢- النشاط : ما هو الزمن الدى يستغرق صمت وكلام الشخص .

٣- التوافق : طول المدد التى يقطع فيها طرف الآخر والمدد التى لا يستجيب

منها للآخر .

٤- السيطرة : كم مرة يسكت أحد الطرفين الطـرف الآخـر قـام ماتاراتسوا باختبار ٦٠ مفحوصاً وباستخدام التحليل العاملى انتهى إلى:-

عامل أول : يشير إلى طول المد ، الزمنية التى يستغرقها أحـد الطرفـين قبـل أن يستجيب للطرف الآخر .

عامل ثانى : عدد مرات الدخول فى التفاعل ومتوسط طول كل منها .

عامل ثالث : عدد مرات التى تبدأ فيها أحد الأطراف التفاعل من تلقاء نفسه عندما لا يستجيب الطرف الآخر .

عامل رابع : كفاءة التوافق التى يبديها كل طرف نحو الآخر (سونب).

* الاتصال غير اللفظى والثقافة :-

مما سبق يتضح أن المعلومات غير اللفظيـة والتـى يجمعـها المرشـد أو المعالج من العميل خلال الاتصال بينهما بشكل لفظى ، وبـالرغم مـن أن هـذا الاتصال او المعلومات غير اللفظية تكون متبادلة بين أى شخصين فى مقابلـة أو مواجهة ، إلا أنها داخل المقابلـة الإكلينيكيـة تخضـع لتحكـم المرشـد أو المعالج سواء تحكم فى المعلومات غير اللفظية الصادرة منه قبل نبرات صوتـه ووضع جسمه وإيماءاته ونظرات عينية وإيقاعه بشكل عـام ، ومعرفـة تأثـير كل معلومة تصدر منه على العميل وتفسـير ردود فعـل العميـل لهـا أو سـواء تحكمه فى المعلومات غـير اللفظيـة التـى تصـدر عـن العميـل والتـى يريدهـا المعالـج وكذلك القدرة على تفسيرها وهذا التحكم الذى يستطيعه المعالـــج لا

يعرفه العميل ولا يوجد إلا فى موقف مقابلة إكلينيكية أو بحثية جيدة .

إلا أن المعالج المتمرس لا يستطيع تفسير المعلومات غير اللفظية – فى موقف الاتصال غير الفظى هذا – إلا إذا كان على دراية كاملة بثقافة العميل – بمفهومها العام – وثقافة مجتمعة العام وجماعاته المرجعية فعلى سبيل المثال فى مجتمع تفرض على المرأة الحجاب أو النقاب فمن المتوقع أن إناث هذا المجتمع يكون الاتصال البصرى بينهن أكثر خصوبة بمعنى أن كل أنثى يمكن أن تتعرف على معلومات كثيرة من خلال نظرات عيون أنثى أخرى أكثر مما يحدث هذا فى مجتمع لا يفرض على المرأة الحجاب أو النقاب ، بل أن طبيعة اللغة نفسها تفرض على أصحابها أنماطاً سلوكية غير لفظية فنجد أن الخطيب العربى يستخدم أثناء كلامه حركات يديه وبعض حركات الجسم الأخرى بشكل أكثر شيوعاً مما يستخدمها خطيب للغة الإنجليزية مثلاً ..أى أن السلوك غير اللفظى برغم ثبات معانى أسسه العامة إلا أن له مظاهر أساسية تتغير بتغير ثقافة المجتمع .

* تغير السلوك غير اللفظى بتغير الثقافة :

عندما نكون فى مقابلة مع آخر لا بد من مسافة مكانية تفصل بيننا قد تكون صغيرة تصل إلى ٢ بوصة أو أقل كما فى العلاقات الحميمة جداً ، وقد يكون أبعد من ذلك قدمين أو ٤ أقدام أو أكثر من ذلك ، وقد أجريت دراسات عديدة على هذا المجال واتضح منها أن كل فرد تبعاً لشخصية وجنسه وثقافته يبين بشكل تلقائى ولا شعورى مسافة بينه وبين الآخرين

تكاد تكون ثابتة ولا تتغير إلا بتغير علاقاته مع الطرف الآخـر فـى المقابلـة وأى تعدى على هذه المسافة سواء عن طريق اختصارها أو البعـد عنـها – فـى مقابلة ما – يؤدى إلى توتر الشـخص الآخـر ومحاولاتـه لا شـعورياً أن يبعـد المسافة الفاصلة الى الحد الذى يفصله تلقائياً . (طـارق ١٩٨٩ . إشـراف عبـد السلام الشيخ).

ومن خلال هذه المسافة المفضلة ينبثق مـا يسـمى بـالحيز الشـخصى، ففى المساحة المكانية التى يفضـل الفـرد أن تفصـل بينـه وبـين الآخريـن وأى تعدى عليها يؤدى إلى توتر وقلق واستثارة .

هذه المسافة الشخصية اثر الحيز الشخصى بتغير الثقافـة ، فالمسـافة الشخصية فى الحضارات العربية غالباً ما تكون أقل منها عند أفراد المجتمع الغربى وهذا طبقاً لقياسات عالم متخصص فى هذا المجال هو "هول" .
(عبد الستار ابراهيم ١٩٨٥ ص٢١١)

وكذلك عندما يتحادث عربى مـع أمريكـى لأول مـرة يشـعر الاثنـان بنوع من التوتر فالعربى يفصل المسافة القصيرة والغربى يفضل الطويلة وكلمـا ابتعد الأمريكى يقترب العربى ليختصر المسافة فيبعد الأمريكى وهكـذا ممـا يسبب نوعاً من الضيق للطرفين فى أول الأمر .

وكما يرى هول فإن الشعور بالحيز الشـخصى هـذا يرتبـط بمعطيـات حسية كالتنمية والحرارية والسمعية والحركيــة ..وتختلـف هـذه المركبـات باختـلاف الثقافات وبالتالى فإن الأفراد الذين يعيشون فى ثقافات مختلفــــة

يعيشون عوالم جنسية مختلفة (Hall, 1973, P.7) ويتضح هذا في اختلاف تسمية وإدراك الألوان مثلاً .

ومن دراسات عديدة اتضح أن المسافة الشخصية تكون كبيرة بين اليابانيين يليهم الأمريكيين والأوروبيين يليهم العرب (عن : عبد الحليم محمود / ١٩٧٩ ص٢٢٦) (عبد الستار ابراهيم ١٩٨٥ ص٢١٢) .
(Susman & Rosenfela, 1982, P.66-74)& (Hall, 1966, P.145)

وفي دراسات توزمان عن اثر الثقافة والجنس على مسافة التحدث الشخصية على عدد من طلاب وطالبات جامعية ميدوبيترن من جنسيات مختلفة باستخدام التصوير بالفيديو ومن أهم النتائج :

- أن متوسط مسافة التفاعل في المقابلة بين اليابانيين ١٠٢,٢سم .
- أن متوسط مسافة التفاعل في المقابلة بين الأمريكيين ٨٩,٩سم.
- أن متوسط مسافة التفاعل في المقابلة بين مواطني فنزويلا ٨١,٨سم.

كما اتضح من هذه الدراسات ودراسات أخرى عديدة أن متوسط مسافة التفاعل في المقابلة بين الإناث أقل منها بين الذكور في جميع الدراسات التي درست تقريباً . (Susman, 1982) .

كما اتضح أن الانطوائيين يتخذون مسافة أطول في المقابلة من الانبساطيين ، كذلك وجد أن مرتفعي القلق يختارون مسافات أطول من منخفضي القلق وفي مواقف الاجهاد والتوتر النفسي تزيد المسافة .
(عن طارق فوزي ١٩٨٩) (Iepold, 1963)

كما أوضحت دراسات هيروفتز وآخرون أن مرضى الفصام يتفاعلون

من مسافات طويلة جداً مقارنة بمسافات المرضى العاديين أو الأسوياء .

كذلك يختلف الاتصال البعدى عند الكلام باختلاف الثقافات ، ولأن العرب مثلاً يعتمدون على التخاطب عبر مسافات ضيقــة فـهم يركـزون علـى المواجهة ومداومة النظر فى وجه الشخص الأخر اثناء الحديث وكذلك النظـر فى عينية ، فى دراسة لواطسون وجرنفر أتضح أن العرب يميلون الى التقارب فى المسافات الفاصلة بينهم والنظر بشــكل مباشـر ومواجهــة للطـرف الآخـر المتحدث بصوت عالى .

(Witsou & Graves, 1966)

ولعل هذا يفسر دفء العلاقات فــى المجتمعـات العربيــة منــها فــى المجتمعات الأمريكية . هذا ويمكن تلخيص سلوك الاتصال غير اللفظــى فــى الجدول الذى انتهى إليه A. Hending عن الاتصال غير اللفظى داخل الطبقة الأمريكية المتوسطة مع مقارنتها ببعض الثقافات الأخرى .

البعد غير اللفظى	الطبقة الأمريكية المتوسطة	ثقافات أخرى
١- اتصالات العيون	وقت الاستماع — أى حينما يكون الشخص مستمعاً — فإن الاتصال البصرى المباشر يكون هاماً وقت الكلام — أى حينما يكون الشخص متكلماً — فإن الاتصال البصرى أقل تكراراً .	عند بعض السود فى أمريكا يكون الوضع بالعكس حيث يحدث اتصال بصرى وقت الكلام واتصال أقل وقت الاستماع .
٢- لغة الجسم	هز اليدين علامة على الترحيب ، والجزع يكون إلى الأمام إلى حد ما فى مواجهة الشخص .	بعض مواطنى الاسكيمو يجلسون جنباً إلى جنب حينما يعملون فى أمور شخصية وعن الأيد بقوة تحمل معنى جنساً بين الجنسين .
٣- نغمة الصوت وإيقاع معدل الكلام	معدل الكلام متوسط — نغمة الصوت متنوعة وضوح بعض التفسيرات وليس كلها .	بعض الجماعات الأخرى كالملونين لهم نغمة صوت معبرة ومعدل الكلام أسرع
٤- المسافة الفيزيقية	مسافة الكلام عادة طويلة — فى المتوسط ذراع واحد أو أكثر — وأى خلل بها يسبب إزعاجاً وعدم راحة .	من الشائع عند العرب والثقافة الشرقية عامة تكون المسافة من ٦ — ١٢ بوصة وقت الحديث فى المقابلة ، وهذه المسافة تسبب ضيقاً للأمريكى والأوربى .
٥- الوقت	يكون محدوداً إلى حد كبير ودقيق فهناك أوقات محددة للزيارات والمقابلات بداية ونهاية .	معظم العرب والشرقيون لا يلتزمون بمواعيد وأوقات محددة .

(Through: Ivey et al, 1987, P. 53)

ما سبق فكرة سريعة عن السلوك غـير الفظى والـذى علـى المرشـد او المعالج : الجيد أن يتعرف عليه فى ضوء ثقافة العميل وأن يجمع مـن خلالـه معلومـات يمكـن ان تفيـده فـى التشـخيص وكذلـك فـى العــلاج أو لتحديــد اجراءات العلاج والارشاد ، هذا ويمكن استخدام بعض الاختبارات الخاصــة بقياس هذا السلوك مثل قياس الحيز الشـخصى لعبـد السـلام الشـيخ وطـارق فوزى وبطارية الإيقاع الشخصى لعبـد السـلام الشيخ وهـى تحتـاج لتدريـب وممارسة متعمقة ، ويمكن للقـارئ أن يرجـع للمراجـع المتخصصـة فـى هـذه المجالات للحصول على مزيد من المعرفة وان يمارس هـذه التنظـيرات عمليـاً فى مجالات الإرشاد والعلاج تحت مشرف متخصص ومسئول .

ويتطلب هذا الأخصائى أن يتـدرب علـى كيفيـة جمـع معلومـات مـن المقابلة خاصة من خلال السلوك غير اللفظى ويتركز التدريب هنا على تنمية مهارات محددة ومعرفة تسمى المـهارات المصغـرة Microskills لابـد مـن توفرها بشكل جيد لمساعدة الأخصائى على جمع معلومـات كافيـة مـن خـلال المقابلة .

و- كيفية تدريب المرشد او المعالج على جمع معلومات من المقابلة .

المعلومات التى يقدمها العميل سـواء لفظيـة أو غـير لفظيـة تختلـف حسب نوعيتها وكمها من مقابلة الى اخرى ومن معالج إلى آخــر ، بمعنـى أن العميل مع مرشد أو معالج غـير متمـرس قـد لا يعطـى معلومـات كافيـة عـن مشكلته لأسباب لا ترجع للعميل بقـدر مـا ترجـع للمعـالج ، كمـا قـد تظـل

المعلومات التى يعطيها للمرشد بعيدة تماماً عن مشكلته الأساسية مما يضلل المعالج وتؤدى الى ضياع المجهود والوقت ويرجع هذا عادة الى المعالج وليس العميل . يعنى ذلك ان هناك معالجاً او مرشداً يستطيع أن يدفع أو ييسر للعميل تقديم معلومات ثرية ومرتبطة أساساً بالمشكلة ، بينما اذا لم يكن جيداً ومتمرساً قد يمنع العميل لا إراديا إلى تقديم معلومات جدباء غير كافية وقد تكون بعيدة عن المشكلة الرئيسية .

فما هى المهارات السلوكية المطلوب تدريب المعالج أو المرشد عليها والتى تؤدى وتدفع العميل إلى اعطاء معلومات كافية وتدور حول المشكلة .

أولاً : بالنسبة لمهارات السلوك اللفظى :

١- أن يتدرب على إجراءا المقابلة الأولى – كما سيأتى – وكذلك ملأ استمارة الداخل حيث ان هذه المقابلة عادة ما تحدد ما اذا كان العميل سيستمر معك أو ينقطع .

٢- أن يكون متمرساً على تطبيق المقاييس والاختبارات النفسية المناسبة وفى الوقت المناسب خاصة فى المجال الإكلينيكى .

٣- أن يكون مشبعاً لما يظهر فى مجال الإرشاد والعلاج من جديد وأن يكون عارفاً للتوجيهات والنظريات الخاصة بالارشاد والعلاج وله توجه محدد ومعروف ، كما يكون عارفاً بكيف يمكن أن يستفيد – فى الوقت المناسب – بتوجيهات أخرى .

ثانياً : بالنسبة لمهارات السلوك غير اللفظى :

لكى تحصل كمرشد أو معالج على معلومات غير لفظية كافية من العميل عليك أن تتبع الآتى :

١- لابد أن تتعلم كيفية الاتصال غير اللفظى.

٢- فى جلسة المقابلة تكون نظرات عينيك للعميل طبيعية فى ضوء التوجيهات السابقة .

٣- لاحظ نبرات صوتك وتدرب عليها وتعرف متى تكون نبرات صوتك تنقل الاهتمام والدفء ومتى تكون العكس ، كذلك القدرة على الاستماع.

٤- حاول أن تدرب نفسك على الاستماع الجيد للعميل بدون ان تتدخل أو تقاطعه واذا استمعت باهتمام سوف يعطيك العميل كل ما تحتاج الى معرفته .

٥- تذكر أن الاتصال غير اللفظى يختلف من عميل إلى آخر من ذكر إلى أنثى ومن ثقافة إلى أخرى .

٦- لا حظ كما سبق الاشارة الى أن الاتصال غير اللفظى يتضمن :

أ- اتصال العين   ب- لغة الجسم   جـ- نغمات الصوت .

د- الإيقاع والتتابع اللفظى .

٧- التوجه أو النظرية التى يتبعها المعالج تؤدى إلى تحيز انتقائه للمعلومات التى يطرحها العميل فى المقابلة مثلا

أ- نجد أن المعالج الدينامى يركز وينتقى المعلومات الجنسية

ب- المرشد أو المعالج السلوكى يركز على الأعراض الظاهرة العيانية والحالية والتى تحتاج لحل (Through: Ivey etal, P.50) .

جـ- المرشد الذى يتبع العلاج المتمركز حول العميل أثـر النظريـة الوجوديـة الانسانية يركز على العلاقات .

٨- لكى يتمرس المرشد او المعالج بشكل جيد عليه :-

أ- أن يلاحظ كيفية اتصال الناس بعضهم بالآخر فى البيئة التى يحيا فيها .

ب- أن يلاحظ الكيفية التى يتصل بها الناس المؤثرين فى غيرهم ، والكيفيـة التى يتصل بها غير المؤثر والمقارنة بين الطريقتين .

جـ- جـرب عمليتـى الاتصـال الجيـدة وغـير الجيـدة ثـم لاحـظ الفـرق بـين استجابات الآخرين فى كلتا الحالتين مثلاً .

١- فى داخل محاضرة اجلس منصتاً للمحاضر أو المدرس مركـز بصرك علـى فمه وأمل جسمك إلى الأمام ، هنا ستجد المدرس أو المحـاضر ينتبـه لـك مباشرة وقد يتكلم معك فى الوقت الذى قد يتجاهل فيه بقية الفصل .

٢- جرب اتصال سلبى كأن تكون فى مناقشـة مـع صديـق لـك مثـلاً تعمـد ان تنظر بعيداً .. اقفز إلى موضوع آخر مع ابراز عدم الاهتمام ، ستجد كلام الصديق أصبح غامضاً ومختصراً وقد يقف حديثه معك.

ع - تقيم المقابلة الإكلينيكية :

يقدم لنا أيفى وآخرون Ivey etal بعض المحكات الأساسية لتقييـم مدى فاعلية المقابلة وهى

١- القصدية : وتعنى مدى اهتمامك بارشاد وعلاج العميل وكم اسلوباً لديك يمكن أن نستخدمها كبدائل للعلاج والارشاد كلما فشل اسلوب آخر أو يمكنك أن تختار منها أسلوب الملائم للحالة .

٢- اتخاذ قرار إبداعى : هل استطعت وتستطيع اتخاذ قراراً ابداعياً ، ولديك خطة عمل جديدة ويمكنك ان تكون على الأقل ثلاث بدائل او خطط علاج ؟ وهل عملاؤك يضعون بأنفسهم أهدافهم من العلاج أم أنت تحدد لهم هذه الأهداف ؟

٣- المهارات المتغيرة : هلى تعرف هذه المهارات وتتعمد استخدامها فى المقابلة لجمع معلومات والتأثير على العميل وهل نستطيع ان نتعرف على الوقائع والمشاعر وراء المشكلة ؟ هل لديك قدره جيدة على الانصات ، وهل يمكنك أن تصف العالم كما يراه ويدركه العميل ويشعر به ؟ وهل تستطيع ان تفهم وتتصرف على أثر ثقافة العميل فى المقابلة وفى مشكلته؟

٤- فهم الفرد داخل اطاره الثقافى : هلى تستطيع أن تتعاطف مع العميل وأن تظل محتفظاً بهيئتك وشخصيتك فى نفس الوقت وأن تتهم دور الجماعات المرجعية للعميل ، هل يمكنك أن تتلمس ابعاد الاطار المرجعى الأساسى للعميل وأن تتفهم خلفيته الثقافية ،وهل العميل أكثر أو أقل احتراماً وميلاً للثقافات الأخرى ؟ ذلك أن العميل لا يحتاج أن نفهم فقط بل نستفيد أيضا من فهمه للآخرين .

٥- مهارات ملاحظة العميل : ما مدى قدرتك على ملاحظة وفهم كلا من اللغة اللفظية وغير اللفظية للعميل ؟ وهل يمكنك ان تتعرف على المعنى العميق وراء اللغة السطحية للعميل ؟وهل تستطيع أن تحل تناقضات العميل وتحظى باحترامه ؟

٦- انتقال التأثير بين البيئة والعميل : هل لديك تكنيكاً مثل نموذج كيللى للتقدير والتعرف على تشخيصه العميل - لا كمجرد عميل بل كفرد فى ثقافة معينة ؟ وهل تستطيع أن تهيىء مناسبة لنمو العميل ؟

٧- التكامل : هل يمكنك إحداث تكامل للمهارات والخصائص والابنية فى مقابلة سهلة تؤدى الى تغيرات ايجابية فى العميل ؟ وهل لديك تكنيكات جيدة يمكن أن تساعد بها العميل على أن يتبنى نظرة سوية وجيدة للعالم ؟

نموذج للمقابلة الأولى :

بالرغم من ان المقابلة الأولى تكون مفتوحة إلا ان هذا لا يعنى ان تكون بلا نظام او خطة عمل وقد اتفق معظم الباحثين على تقسيم المقابلة الأولى إلى خمس مراحل هى:

المرحلة الأولى: بعد التعرف على العميل وهدفه العام اتبع ما يأتى :

١- ابدأ بالاستماع للعميل بشكل عام للتعرف على مشكلته بسرعة .

٢- اشرح خطتك لإتمام الجلسة .

٣- اشرح خطتك لاتمام الجلسة

٤- اشرح اسلوب العلاج الذى تفضل اتباعه بشكل عام .

٥- حدد لماذا حضر المريض .

٦- حدد معه الأهداف العامة له .

٧- اتخذ قرار بما إذا كان من الممكن أن تعمل معه وتقدم لـه المسـاعدة أم لا، ويتضمن هذا :-

أ- تحديد خلفية عامة لكل منكما :

إفهام العميل من انت ، تعليمـك وتدريبـك وخـبرتك بـدون تفـاصيل شخصية ووضح له الفروق بين أنماط العلاج المتاحة وتوجهك نحـو الارشـاد والعلاج .

ثم اسأل العميل عن معلوماته السابقة فـى العـلاج واذا كـان قـدر أى مريضا يعالج من قبل ؟ أين ؟متى ؟ ...ورأيه فى العلاج وما يتوقعه .

ب- توضيح شكل وأسلوب العلاج :-

توضيح طبيعة الجلسات من حيث الشكل ، عادة الجلسـة ٤٥ ق وقـد تمتد إلى ٦٠ دقيقة أحياناً إلى ٩٠ إذا كانت خاصة بعلاج جمْعى للأسرة .

أكد له سرية معلومات الجلسة وأساسها القانونى ، يمكـن أن تشـرح له نظام الدفع المالى وامكانية تطبيق اختبارات معينة تحـت شـروط ماليـة أو مجانية خاصة .

وعادة ما تكون الجلسات خاصة وسرية الا فى بعـض الحـالات التـى تمثل خطورة كاحتمال ايقاع الأذى بشخص أو فى بعض حالات الانحــراف

السيكوباتى ، أو خوفا من الانتحار أو بعض **حالات** الانحراف الجنسى بالنسبة للأطفال خاصة .

المرحلة الثانية :

وتدور حول تعريف المشكلة بعد ان تمر المرحلة الأولى وتتأكد أنه من الممكن ان تتعارض أنت والعميل تنتقل الى المرحلة الثانية ، وتدور حول تعريف المشكلة أو الاجابة على السؤال التالى لماذا يوجد العميل هنا ؟ وتتضمن معرفة : تاريخ الحالة كما يراها العميل والأشخاص المهنيين ولماذا ينشد العلاج الان ؟ من هم الاشخاص المرجعيين له ؟وما مشاعره ومشاعرهم بالنسبة للعلاج والارشاد ؟ وما هى الآثار الثقافية لمجتمع العميل والتحمل أن تؤثر فى العلاج ؟ تعريف بعض مظاهر القوة عند العميل كذلك مظاهر الاعتمادية .

المرحلة الثالثة :

وترتبط بتحديد النتائج المتوقعة . وضح الأهداف الأولية ، واجعلها اهدافا عينية اجرائية بالنسبة لخطة العلاج قصيرة المدى وخطة العلاج طويلة المدى .وهذا أشبه بما يسمى بمراتب أهداف العميل ويستحسن أن نضع جدولاً زمنياً مبدئياً لنتائج تحقيق الأهداف على مدى الفترات الزمانية للعلاج .

المرحلة الرابعة :

معالجة بعض البدائل بالنسبة للعلاج وشكل الجلسات ومعرفة

ما اذا كان المرشد أو المعالج والعميل سوفق يستمران فـى العـلاج تحـت خطـة علاج محددة أو عدد من البدائل العلاجية .

التعرف على مشاعر العميل فى هذه الجلسة وتتعرف على العلاقـات التى يشعر بها . وألخص وأقارن هذا مـع خـبرتى الماضيـة - كمعـالج - مـع انماط من هذا النوع ، وفى النهاية نتفق عما إذا كنا سنعمل سوياً أو أحيله الى معالج آخر .

وفى نهاية هذا الجزء أسأل نفسى عما اذا كان هناك شيء هام قد نسيته؟

المرحلة الخامسة :

وتدور حول المتابعـة والتعميـم حيـث نقـوم هنـا بمراجعـة موجـودة نلخص فيها ما انتهينا إليه من المقابلة واتفاق على الأهداف وخطة العـلاج . ثم الاتفاق على الميعاد التالى . (Through: Nancy Baron, 1985)

مما سبق نماذج عامة تساعد الأخصائى النفسى على القيام بـالتخطيط الجيد لجلسات التشخيص والعلاج ، ومع هذا فهناك مهارات عديدة أخـرى لابد من قياسها عند المعـالج أو المرشـد ثـم تدريبـه أو تنميـة هـذه المـهارات لديه :

ولعل ما يساعدنا على معرفة الشروط لجيدة للمعالج أو لمرشـد الجيـد هو أن نقارن بين صفات المرشد أو المعالج الفعال. ويمكن تلخيص هذه الصفات فى الجدول التالى :-

خصائص المعالج أو المرشد الفعال وغير الفعال

الصفات	المعالج أو المرشد الفعال	المعالج أو المرشد غير الفعال
١) أهداف المساعدة	يركز على مساعدة العميل فى تحقيق أهدافه ، ويخدم ويتبع العميل ، كما يهتم بتغيير إدراك العميل للعالم ويقدم توجيهات فى بعض الحالات .	يفرض أهدافه على العميل ويتبع نظامه الخاص به هو ، قد لا يحاول تقديم توجيهات واضحة يحتاجها العميل .
٢) توليد الاستجابات	يمكن أن يولد استجابات عديدة ويعلم العميل عليها ليؤجل بها مواقف عديدة ومتنوعة .	يتمسك باستجابة معينة ويتصلب عليها ويعلم العميل إصدارها بشكل نمطى .
٣) التوجيه العام	يعمل ويفهم فى ضوء توجهات عامة متنوعة وداخل إطار يفهمه بوضوح	عادة لا يكون لديه توجه واحد مفهوم ولا يستطيع أن يعمل داخل إطار واحد .
٤) فهم ثقافة العميل	قادر على توليد أكبر عدد ممكن من الأفكار والحلول والسلوك والتى يمكن أن يستخدمها مع ثقافة العميل أو مع ثقافات أخرى .	لا يستطيع العمل إلا داخل إطار ثقافى واحد
٥) الثقة	يحترم خصوصية العميل ويفهم جيداً القانون الأخلاقى للمهنة .	يناقش خصوصيات العميل مع الآخرين
٦) حدوده	يعرف حدوده ويعمل تحت إشراف مشرف خبير ويتصل ويستشعر المراجع الهامة والخبراء والمرشدين	يعمل بدون أن نتعرف على حدوده وبدون إشراف ولا يعمل إلى مشاركة الآخرين مهنياً .
	يعرف كيف تؤثر أفكار فى العميل وكيف تؤثر أفكار العميل فيه	لا يعرف شيئاً عن التفاعل الشخصى وربما ينكر تأثير العلاقات فى العلاج والإرشاد ;
٨) النظرية العامة	يكون على معرفة مستمرة بالنظريات الجديدة ، وبفحص وجهات نظره ووجهة النظر الأخرى ، يكون له وجهة نظر خاصة به عن العلاج والإرشاد وعادة ما يلتزم بمدخل نظرى واحد ومرن .	يتبنى ببناء مدخل نظرية واحدة ولا يعرف بديلاً عنها .
٩) الكرامة البشرية	يعامل العميل باحترام وشرف وأمانة	يعامل العميل بدون احترام وبدون مشاعر أخلاقية .
١٠) الاتجاه نحو النظرية	ينظر للنظرية التى يفضلها كتصور للواقع . ويفهم بأن هذا الواقع بالنسبة للعميل يتباين بتباين ثقافته وجنسه . . الخ	يتجاهل الفروق الجنسية والثقافية فى الإرشاد والعلاج .

(through: Ivey A. 1987, P. 16)

ويتضمن الجدول السابق بعض المبادئ الاخلاقية والتى أقرتها الجمعية النفسية الأمريكية سنة ١٩٨١ ومازالت سائدة وسائرة المفعول حتى الان ومن أهم هذه المبادئ المتضمنة فى الجدول السابق :-

١- أن تعالج وترشد العميل كما تود ان تعالج انت ، وأنت تعالج نفسك مكان العميل ويقتضى هذا احترام العميل ومشاعره وأفكاره مهما بدت للغير سخيفة .

٢- أن تحصل على ثقة العميل ويتضمن هذا احترام خصوصياته .

٣- أن تتعرف على حدودك ، ذلك أن المعالج أو المرشد المبتدئ قد يجرب على أصدقائه وأقاربه وهذا خطأ لابد أن يعمل تحت أشراف أستاذ خبير ، ومشرف يحصل منه على نصائح وتوجيهات .

٤- تحاشى السؤال عن تفاصيل غير مناسبة فالمعالج او المرشد المبتدئ غالباً ما يكون مغرماً بالتعرف على القصص المثيرة لعملائه ،وعادة يسأل بشكل متطرف عن خبرات العميل الجنسية والعلاقات الثنائية ، بينما قد يتغاضى عن معرفة مظاهر سلوكية هامة مثل كيف يفكر العميل وكيف يشعر .

٥- أن تكن على وعى بالفروق الفردية والثقافية وذلك بان تضع ثقافة العميل - بمفهومها العام - موضع اعتبار ويجب أن نلاحظ ان ممارسة الإرشاد والعلاج بدون فهم الجماعة الثقافية التى ينتمى إليها العميل هو عمل لا أخلاقى .

٦- وأخيراً هناك أرضية أساسية للمرشد إن المعالج وهى ألا تفعل شيئاً يضر العميل أو المجتمع .

الفصل الثامن

أهم توجهات الإرشاد والعلاج النفسى :

مدخل لهذا الفصل :

بالرغم من تعدد توجهات العلاج والإرشاد النفسى إلى يقرب عشرين توجهاً ، إلا أنه يمكن تقسيمها على أساس محورين بهدف تيسر دراستها .
محور ينظر إلى السلوك باعتباره كلياً متفاعلاً لا يخضع للتجريب ، وإذا خضع له فإن التجريب عليه يختلف نوعاً وكماً عن التجريب على الظاهرة الفيزيقية ويمكن أن نطلق على التوجيهات التى تتركز حول هذا المحور - رغم تباينها - التوجهات الدينامية .

ومحور ينظر للسلوك كأنه أقرب إلى الظاهرة الفيزيقية ، وأنه بالتالى يخضع للتجريب المتعارف عليه . وبالتالى فإن التوجهات التى تتمركز حول هذا المحور لا تسلم إلا بما تطرحه التجربة والقياس وأن النقد لا يوجه للنتائج بقدر ما يوجه للتكنيك المؤدى لهذه النتائج ، ويمكن أن نطلق على هذه التوجهات - رغم تباينها - بالتوجهات التجريبية .

أولاً :- التوجهات الدينامية

تقوم كل هذه التوجهات على أرضية مشتركة ترى أن النفس البشرية أو السلوك - كما يفهمونه - ظاهرة فريدة من المستحيل إخضاعها لمنطق التجريب مثل تجزئته أو تحليله إلى عناصره الأولية أو ضبط متغيراته . . . الخ حيث أن السلوك بطبيعته كلياً متفاعلاً وأن أى تحليل له مستحيل وإن

أمكن فإن السلوك لا يكون هنا سلوكاً وإنما يكــون أمـراً مختلفاً تماماً ثـم إن معظم سلوكنا عبـارة عـن مشاعر حـب وكراهيـة ووعـى وأحـلام . أى سـلوك داخلى من المستحيل – كما يرى هؤلاء – إخضاعـه للتجريـب ، وقـد تـأثرت هذه التوجيهات بما يلى :

أ- فرويد وكما سنعرض له ، دفعته المواقـف التـى بينـها وطبيعـة مهنتـه، ونقص معرفته بالمنهج التجريبى إلى دراسة مرضاه كل على حدة وكان كل مريض ذاتاً لا تتكرر وحيد نســجه لـه مراعاتـه الخاصـة بـه ولا شـعوره الخاص به وخبراته الوجدانية التى لا تكرر بذاته ، وبـالرغم مـن تمـاثل بناءات الجهاز النفسى شكلاً إلا أن لكل منا محتـوى لا يتكـرر ، وكذلـك بالرغم من تماثل بناء الشـعور والقبشـعور واللاشـعور إلا أن محتـوى كـل منها عند كل فـرد متميز لا يتكـرر ، كذلـك ميكانزمـات الدفـاع والنقـد بالرغم من تماثلها عند الأفراد من حيث البنـاء فـإن محتواهـا والخـبرات الوجدانية بها تختلف تماماً باختلاف الأفراد ، بل أنه من المستحيل فهم آراء ميكانزم ، أو عقدة ما بدون فهم عمل الميكانزمـات الأخـرى أو بـدون النظر إليه فى تفاعله ومراعاته مع الميكانزمات الأخرى بل ومـع الجـهاز النفسى كله ولعل من أهم الاكتشافات التى دعمت نظرية فرويد وسـاعدت على شهرته – مع شروط أخرى – اكتشافه اللاشـعور . وبـالطبع كـان مـن المستحيل التجريب عليه . هذه الأمور كانت أساسية فى ظهور التوجهات الدينامية حتى الذى انفصـل فيمـا بعـد عـن فرويـد ظـل واقفـا علـى هـذه

الأرضية . ويرى إيفى أن كل المعالجين الديناميين يعتمدون على النتائج التى طرحها فرويد ويشكلونها ، وما يتفق ووجهة نظرهم بالرغم من الفروق الكبيرة بينهم .

(Ivey et al. 1987. P. 202)

ب- ظهور النزعة المركزية كرد فعل قوى ضد سلطات الأباطرة أو الملوك وأصحاب رؤوس الأموال . وبسيطرة الآلهة والكنيسة والتى كان ما زال لها تأثيراً فى نهاية القرن ١٩ (التاسع عشر) والذى يؤكد عبارة الدولة أو القومية . . الخ كما انعكس فى تفاخر الدول الأوربية باتساع رقعة مستعمراتها التى لا تغيب عن بعضها الشمس ، ظهرت هذه النزعة فى الفلسفة الإنسانية التى نادت بحقوق الإنسان خاصة بعد الحرب الأولى واحترام آدميته وفرديته بغض النظر عن عنصره وقوميته . . والتى انعكست فى مبادئ حقوق الإنسان بأمريكا وظهور عصبة الأمم ثم الأمم المتحدة . أكدت هذه النزعة الإنسان الفرد واحترامه بغض النظر عن متعلقاته ، وأكد الفردية انعكاسها فى الفلسفة الوجودية عند سيرون كيجر كيجارد بالدنمارك وألمانيا ثم انتشرت عند هيدجر بألمانيا وعبد الرحمن بدوى فى مصر وعند سارتر وسيمون بوفوار بفرنسا . وأكدت فردية الإنسان ونادت بحريته من كل مسيطر حتى سيطرة الجماعة ومعاييرها وقيمها (انظر : عبد الرحمن بدوى ، هل يمكن قيام أخلاق وجودية) وفى مقابل هذه الحرية التى على الفرد أن ينتزعها عليه أن يتحمل مسئوليتها (مسرحية الذباب ، والعزمى الفاصلة لسارتر)

والمسئولية عادة عقاب اجتماعى مثل رفض متبادل بينه وبين الجماعة وبالطبع يؤدى هذا الرفض إلى الشعور بالوحدة ومزيد من الفردية وبالتالى مزيد من الحرية ، إلا أن كل هذه المكتسبات لا تأتى إلا بمزيد من الصراع والشعور بالأمم ومعايشة الواقع ونبش أظافرنا فيه .

ومن هنا كان الشعور بالألم هو قمة السعادة لأنه يحمل مزيداً من الحرية الفردية . . . الخ (انظر عبد الرحمن بدوى ، الزمان الوجودى ، مكتبة النهضة العصرية ، القاهرة) .

أدت هذه الظروف إلى تأكيد التوجهات الديناميــة بل وأثرت فيها تأثيراً مباشراً حتى إننا نجد بعض التوجهات تسمى نفسها النظرية الوجودية الإنسانية بالرغم أنها نظرية سيكولوجية ، إلا أننا سوف نرى إلى أى مدى هى مشبعة بأفكار الوجودية الفلسفية ، كما عرضنا لها باختصار شديد سابقاً .

وتنقسم هذه التوجهات إلى المنحنى الفرويدى ، نظرية الذات وما ينبثق عنها من النظرية الوجودية الإنسانية وكارل روجرز . . وغيرها ، المنحنى الجشتالتى والتحليل العابر أى تحليل التفاعل المتبادل ما بين الفرد وجماعته :

أ- المنحنى الفرويدى :

لأن سيجموند فرويد ذلك العالم او الطبيب اليهودى النمساوى أصبح من أكبر الأسماء شهرة بل وأصبحت وآراؤه شائعة حتى عند غير المتخصصين

هذه الحقيقة تؤدى إلى نتيجتين متعارضتين تماماً - مثل كل دراساته - الأولى تيسر الكتابة عنه لأن كثيراً من آرائه نعرفه بسهولة والثانية أنها تصعب الكتابة لأنه مهما أكتب فلن أستطيع تقديم جديد إلا النذر اليسير خاصة لقارئ متخصص يدرس فرويد فى مواد جامعية متعددة .

من أجل هذا لا أضيع وقت القارئ فسوف أشير إلى فرويد إشارات عامة سريعة أحاول بقدر الإمكان أن أركز على ما ليس شائع من آرائه ثم أحيل القارئ إلى المراجع المتخصصة .

كانت حياة فرويد - داخل مجتمع النمسا المسيحى - غير عادية، فهو ينتمى لأسرة كبيرة فقيرة تنتمى بالتالى لمجتمع اليهود الأقلية وسط مجتمع تمساوى مسيحى يرفض تقليد أى منها وظائف هامة، أدى هذا بفشل فرويد فى الحصول على وظيفة معيد فسيولوجى بالجامعة أو على وظيفة طبيب إلا فى تخصص - فى ذلك الوقت - غير مجز هو الطب النفسى . كما كان فرويد نفسه غير عادى داخل أسرته فمن حيث غيرته الشديدة من أخيه الأصغر جوليوس الذى توفى بعد ١٨ شهراً وترك فرويد يشعر بعقدة الذنب هذه ، ومن حيث عشقه لجسد أمه حينما رآه فى حالة عرى كامل مع أبيه ، وأخذ يرى هذا الحلم مرات ومرات ، ومن حيث شبقه الجنسى المرتفع أثر حاجته المرتفعة إلى من يحبه لنفسه لدرجة أنه كان يقطع بعثته التعليمية بفرنسا تحت إشراف شاركو ليعود إلى أحضان خطيبته "مارتا برنايس" بقينا رغم هذه الأحاسيس تدينه الشديد وحفظه للتوراة وإحساسه كيهودى

بالاضطهاد من العالم فى ذلك الوقت . بكل أسف كل هـذا أدى بفرويـد إلى أن يفترض كل هذه المشاعر التى مر بها مشاعر عند كل مريض . والفرق بينـهما عند فرويد وعند مرضاه أنها كانت عند فرويد لها مـبررات موضوعيـة بينما يرى فرويد أنها عند مرضاه ليس لها مبرراً موضوعياً .

(عبد السلام الشيخ ١٩٨٩ ص ٤٩ – ٥٣)

(١) معالم نظرية فرويد :

سنقتصر فى عرضنا لهذا الجزء على المعلومات الممكـن أن تفيدنـا فـى التعرف على تكنيك العلاج الفرويدى فقـط ، ثـم نحيـل القـارئ إلى المراجـع المتخصصة .

لعـــل من أهم اكتشافات فرويـد غـير الشائعة هـــو مـا أسمـــاه بالعمليات الأولية فى مقابل العمليات الثانوية ولعلاقـة الديناميـة بينـهما، الأولى لها منطقها الخاص جداً تقوم على مبـدأ الحصـول علـى اللـذة المباشـرة وبغض النظر عن نتائجها البعيدة والقريبة ، وبالتالى فـهى تؤمـن بإمكانيـة التناقض ، بمعنى أن الشيء يكون مفيداً لذيذاً ومنفـراً مؤلـماً فـى وقـت واحـد ومكان واحد وزمان واحد ، كما أنها لا تعترف بالزمان والمكان ، وبالتـالى لا تعرف التأجيل – زماناً – والظروف المهيأة مكاناً ، فاللذة تنشد فـوق الزمـان والمكان ، ما أحبه أكرهه فى نفس الوقت وما أخاف عليه وأعشقه وأتمنى لـه الحياة أقتله فى نفس الوقت . هذه العمليات الأولية ومنطقها هــى المسـئولة عن اللاشعور وهى منطقة أو منطق الهو . وهذه العمليات ليست تخيلات بـل

أنها أوضح ما تكون فى الأحلام . فلا زمان ولا مكان وتناقض أو عدم تناقض. فالحلم يصنع كله خضوع لقوانين العمليات الثانوية وهى العمليات التى تتضمن منطقنا العادى الذى لا يعترف بالتناقض ولا يقبل إلا فى زمان ومكان ويؤكد مبدأ الذاتية وكذلك الأمراض النفسية تخضع لمنطق العمليات الأولية ، فالهيستريا هروب لاشعورى من التوتر لخفضه ، بينما هى ترفع التوتر فى نفس الوقت ، وحينما يريد أن يعرف سبب مرضه لا يستطيع . فالمرض يخضع لمنطق العمليات الأولية والمريض لا يعرف إلا منطقنا العادى "العمليات الثانوية" ، وبالتالى يحاول تفسير سبب مرضه فى ضوء منطق العمليات الثانوية ، ومن هنا تأخذ مهام المعالج الفرويدى الرئيسية أن يعرف المريض بمنطق مرضه هذا ويكشفه له بما يساعده على الشفاء .

ومن الاكتشافات الأخرى وغير الشائعة عند فرويد مبدأ الحتمية القصوى للظواهر النفسية بمعنى أن كل تصرف حتى الهفوة أو زلة اللسان أو القلم . . الخ محتومة بشروط .

وأن اللاشعور مسئول عن كل سلوكنا بنسبة لا تقل عن ٧٥٪ ويشبهه فرويد بجبل من الثلج العائم لا يظهر منه إلا ٢٥٪ بينما الـ ٧٥٪ فى أعماق البحر أو أعماق لاشعورنا بالنسبة للسلوك . وسلوكنا المرضى اللاإرادى والأحلام . . الخ تحكم تماماً بمنطق العمليات الأولية أو منطق اللاشعور .

وحينما نخفض من إرادة الإنسان – حيث يتحكم المنطق العادى

وتترك العنان للسلوك اللاإرادى سواء عن طريق التنويم الصناعى - كما فعل فرويد مثل أستاذه شاركو فى البداية - أو عن طريق التداعى الحر الذى اتخذه فرويد بديلاً عن التنويم ، هنا يظهر منطق العمليات الأولية وتطفو على السطح غير أنه لا يفهمها هنا إلا المحلل النفسى . ومن هنا كان التداعى الحر والذى يعنى أن ينام المريض فى شكل استرخاء كامل على أريكة خاصة ثم يسمح له بأن يعرض كل ما يطرأ على ذهنه بدون تدخل إرادى من المريض وبدون أية محاولة لربط منطقى بين عناصر كلامه . وأطلق فرويد اسم "التحليل النفسى" على العمليات المتضمنة فى تحليل وتفسير ما يصدر عن المريض من انفعالات وأقوال وفى مساعدته على الاستبصار بأعراض ومنطق مرضه والتوافق مع نفسه ومع البيئة ، ومن خلال التداعى الحر أو التحليل النفسى استطاع اكتشاف ما أسماه بالنقد مثل عقدة أوديب والكترا وعقدة الخصاء وعقدة الغيرة النفسية . .. . الخ .

وكيف أن هذه العقد والصراع حولها الذى يستمر مع نمو الإنسان خاصة فى الطفولة .

وخلال فترات النمو حدد فرويد محطات محددة تشكل المرض النفسى وتسهم فى نموه وهى :

(١) تثبيت الليبدو .　　　(٢) الارتداء النكوصى .

(٣) ثم السبب الفعلى أو الراهن أو الإحباط .

(هيلين دوتش ، مترجم ١٩٧٩ ص ١)

كما نجد ميكانزمات الدفاع اللاشعورية ، الإعلاء . التعيين الذاتى ، التحويل والإسقاط والتى على ضوئها فسر إبداع المبدعين مثل ميخائيل أنجلو وليوناردو دافينشى .. الخ وأرجع كل ما أبدعوه إلى تسامى لنزعات مكبوتة فى اللاشعور تقوم على مبدأ اللذة المباشرة ولم تستطع التعبير عن نفسها إلا من خلال التسامى أو الإعلاء ، ونفس الأمر هو ما يحدث للمرض النفسى إلا أنه بدلاً من التسامى يحدث له تثبيت أو تحويل أو ترميز للهروب من الرقيب بجيل ترميزه ولذلك يرى أن الأحلام - خاصة فيما أسماه بالمعنى الكامل للحلم - تقوم على الرمزية ووضع شبه قاموس لرموز الأحلام . وكما تغطى هذه الأمور الأعراض المرضية والأحلام فإنها تمتد إلى الأعمال السوية فرسم البحر عند الفنان هو رمز لرغبة لاشعورية عنده فى العودة إلى رحم الأم . وكذلك حينما يحلم بالسباحة فى البحر هو نفس الشىء أى أنه إشباع لرغبة لاشعورية بالهروب من حياة مرفوضة إلى رحم الأم ، وعمليات الترميز هذه هى نفسها عملية لاشعورية ومن أجل هذا يؤكد فرويد بأنه من المستحيل على إنسان ما استدعاء خبرة لاشعورية أو فهمها إلا بمساعدة محلل نفسى يفهم منطق اللاشعور والعمليات الأولية والترميز وميكانزمات الدفاع وأنماط الصراع

(عن عبد السلام الشيخ ١٩٨٩ . ص ٥٣ - ٧٠)

(٢) العلاج النفسى :

عادة ما يطلق العلاج النفسى على تلك التكنيكات التى انبثقت من خلال أساليب فرويد العلاجية ، وبالرغم من اختلاف الديناميين الفرويديين عن فرويد إلا أن هناك إجراءات مشتركة يمكن التركيز عليها . ومع هذا فكلها ترجع إلى الأرضية التى وضعها فرويد بل أن بعض المعاصرين مثل المحلل النفسى الفرنسى جاك لاكان هاجم المحللين النفسيين الأمريكيين ، كما هاجم علم نفس الذات ، ويرى أن التحليل النفسى فى أمريكا اختزال إلى مجرد حصول العميل على النجاح وطلب السعادة . . وينادى لاكان بالعودة إلى فرويد والاعتراف بالوظيفة الأساسية للعمليات اللاشعورية كما طرحها فرويد (Lacan, 1977, P.P. 127-128) ومن هذا المنطلق نفضل أن نعرض لأسلوب العلاج النفسى كما هو متبع حالياً باعتباره أقرب الأساليب إلى الأسلوب الفرويدى .

ويتطلب هذا أن نتعرف على النقاط الأساسية التى تطورت من خلال فرويد وأصبحت أرضية عامة للمتحدثين من المحللين النفسيين .

وقبل أن نعرض لهذه الأرضية علينا أن نتعرف على اتجاهات بعض الذين انشقوا عن فرويد ثم ظلوا مخلصين للمعالم الأساسية للنظرية وهم الكلاسيكيين يونج ، أدلر رانك والمحدثين أو الفرويديين الجدد هورى وفروم وسوليفان ثم كارك روجرز والعلاج الإنسانى وسوف نفرد للأخير جزءا منفصلا لأهميته .

١- يونج وعلم النفس التحليلى :

ظهرت كتابات يونج فى الفترة من ١٩١١ - ١٩٣٣ وفيها نجده يقلل من الأهمية التى أضفاها فرويد على صراعات الطفولة كمصدر لمشكلات العصاب ، ويرى يونج أنه لا بد من الاهتمام بنمو الشخصية الفردية فى جميع مراحلها ، كما عدّل فى مفهوم اللاشعور عند فرويد حيث يرى أن لكل أو داخل كل منا لاشعور شخصى ، وهو الذى قال به فرويد - ولاشعور جمعى والأخير يركز عليه يونج ويرى أنه عبارة عن الخبرات المشتركة للإنسانية عبر الأجيال وهو الذى يشكل سلوكنا ومن الصعب فهم الرمزية بدون الرجوع إلى هذا اللاشعور الجمعى وخبرات الأجيال فالطيران مثلاً كرمز لعلاقة جنسية إنما يرجع لشعور جمعى تتمثل فى تسميات محددة لعضو الذكر عبر مجتمعات متباين حينما نسميه باسم طائر ، ويمثل العصاب عند يونج صراع الفرد من أجل التحرر من تداخل هذه الصور اللاشعورية الوراثية مع نموه وتكامل شخصيته وإنجازاته ، ومن هنا فالعصاب عند يونج لا يمثل بالضرورة مرضاً بقدر ما يمثل مجاهدة وصراع من الذات نحو مزيد من النضج .

غير أن العلاج لا يختلف عن تكنيكات فرويد حيث على المحلل هنا أن يستخدم التفسير ويساعد المريض على الاستبصار والوعى باللاشعور عنده، غير أنه يركز على المعنى الرمزى المرتبط باللاشعور الجمعى فى تفسير الأحلام والأسطورة والفولكلور كوسائل تجعل العميل على صلة بماضى

جنه بهدف تحرير القوى المبدعة والنامية فى شخصية العميل .

٢- أدلر وعلم النفس الفردي :-

يرى ألفريد أدلر (١٩٠٧ - ١٩٢٤ ، ١٩٣٣) أم المصدر الأساسى للعصاب يرجع إلى نبضات مكبوتة تضغط وتبحث عن التصريف ، وإنما يرجع إلى مجهودات فاشلة لتعويض الشعور بالنقص الذى يوجد - كما يرى أدلر - عند كل الناس - ربما لسبب حقيقى - أو نتيجة لخبرات طفولية . وكل فرد يجاهد للتغلب على هذا الشعور والحصول على قوة ، والأساليب التى يتخذها الفرد لتحقيق ذلك ترسم نمط حياته ، وكلما كبت مجهودات الفرد هذه كان تعرضه للعصاب أكثر .

ومن الواضح هنا أنه قريب إلى حد كبير بفرويد رغم أنه أومى ببرنامج علاجى برجماتى ورأى أن على المعالج أن يعدل سلوك المريض بشكل قريب من أسلوب التعلم الذى اتبعه السلوكيون بعد هذا أتى رانك ونظرية الإرادة .

ركز رانك Rank (١٩٢٩ - ١٩٤٥) على ما أسماه بصدمة الميلاد Trauma of Birth ويرى أنها تولد صراعاً فى كل فرد منا طوال حياته بين قوى ادفع إلى إعادة التوحيد - كما كان قبل الميلاد - وقوى تدفع إلى الفردية والانعزال ، وكلما كان الفرد أقدر على التغلب على صدمة الميلاد واستطاع تنمية رغبة قوية فى الفردية والعزلة مقاومة التوحد كلما كان أقل تعرضاً للسلوك العصابى الذى يمثل فى نظر رانك اعتمادية وضعنا فى نضج الذات .

ويتركز علاج رانك على استخدام أساليب مثيلة بالتحليل النفسى إلا أنها تهدف إلى مساعدة العميل على إدراك ذاته باعتبـاره أن لـه قيمـة وأنـه قادر على توجيه حياته واتخاذ القرارات حول كيفية سلوكه .

المداخل التحليلية الحديثة :

يتفق كثير من التحليليين المحدثين مع فرويد فى التركيز على المادة اللاشعورية والتغلب على الدفاع السيكولوجى أو المقاومة ، غير أنهم يختلفون مع فرويد فى أمور منها أن المحلل يجلس فى مواجهة المريض وأن يكون المعالج موجعاً لجلسة التحليل العلاجى أكثر مما كان فى التحليل التقليدى .

كما يختلف المحللون المحدثون عن فرويد فى أن كثيراً منهم اهتم بتحليل "الأنا" Ego (وهو أسلوب يركز فيه المحلل النفسى على الوعى والسلوك الهادف للأنا بدلاً من التركيز فقد على الوظائف اللاشعورية المفتوحة للهو ، ومن هؤلاء ابنة فرويد آنا (١٨٩٥ - ١٩٨٢) والتى اهتمت أكثر من والدها بالكيفية التى يدرك بها الأنا العالم وبحاجات العميل أكثر من اهتمامها بالقوة والصراعات اللاشعورية .

(Ratheus 1990 P. 525)

هؤلاء هورنى Horney وفروم Fromm ، سوليفان Sulivan ومع أن أساليب العلاج لديهم ظلت دينامية إلا أنهم طرحوا آراء أقرب أحياناً إلى المعنى السلوكى ، فهم يرون أن الإنسان كائن اجتماعى تتشكل شخصيته من خلال التفاعل مع المحيط الاجتماعى والثقافى . ومن هذه الوجهة تنتج

اضطرابات السلوك من تعليم خاطئ للتوافق مع البيئة غير أنهم استخدموا فى العلاج التداعى الحر والاستبصار ، ويرون أن الصراعات اللاشعورية من خلال التداعى تنكشف فعلاً ، إلا أن تركيز العلاج على عمليات الصراع بين أساليب المريض غير الفعالة فى التوافق والارتباط بالبيئة وتحريره من سيطرة القلق أهم من استكشافات الصراعات بين الرغبات المكبوتة التى تبحث عن مخرج وبين مجهودات لكبت تلك الرغبات .

ومن **هؤلاء** (**مارجريت ماهلر – وعلاقة الموضوع**) :

تعتبر مارجريت ماهلر أحد المحللين المعاصرين ، وتركز على الموضوعات النزعات البدائية الغرائزية للأطفال ، وتتضمن هذه الموضوعات البشر كآباء وكأمهات أو غيرهم ، ونحن من منظور التحليليين – نميل إلى استدماج أو إدخال عناصر من الناس المهمين لنا داخل شخصياتنا . ويكون الاستدماج أو الإدخال قوياً حينما نخاف من فقدان الآخرين بالموت أو بسبب رفضهم لنا أو رفضنا لهم وبعد حدوث الاستدماج تحدث تمثيلات رمزية (منها التخيل – الصور والذكريات . . . الخ) .

لهؤلاء الناس ، وهذه التمثيلات الرمزية تؤثر فى إدراكنا . ويؤدى هذا إلى صراع داخلنا كأسلوب لإدراك الأشياء أو الموضوعات والحكم عليها .

ونتيجة للصراع بين قيمنا وقيم الآخرين الذين استدمجناهم تصبح إدراكاتنا متناقضة ومشتتة أو غير واقعية بالنسبة لنا .

Rathus 1990. P. 5261

ويرى أرفنج وينر أن العلاج النفسى الدينامى يختلف عن التحليـــل

النفسى الفرويدى فقط من حيث الدرجة لا من حيث النوع ، ومن هنا يستخدما إجراءات تفسيرية واحدة هى ما وضعها فرويد .

كما أن التحليل الدينامى للأنا يتضمن آراء الكثيرين من المعالجين بدون أن يرتبط بأية مصطلحات نوعية لنظرية ما . بل يرتبط العلاج الدينامى بتصورات سيكودينامية كلها مقتبسة من فرويد وتلاميذه فإنه من الممكن أن نعرض لتكنيك علاجى دينامى واحد على أن نضع فى اعتبارنا اعتبارات التفرقة النوعية حينما نطبقها على كل حالة فى ضوء طبيعة الحالة والتوجه النوعى الذى نتبعه لأى من المعالجين الديناميين السابق الإشارة إليهم .

(٣) الأرضية الأساسية للعلاج الدينامى المنبثق عن فرويد :

يحدد كولمان هذه الأرضية فى النقاط الأربع التالية :

(١) أن العلاج الدينامى والفرويدى يمثل إطاراً منطقياً تنطوى تحته عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية فى نمو الشخصية ووظائفها ، مع اهتمام خاص بالصراعات داخل الفرد نتيجة لرغباته الدافعية والغريزية ومقاومة المجتمع أو الرقيب لهذه الرغبات .

(٢) هذا المنهج العلاجى – خاصة التحليل النفسى – يمثل برنامجاً علاجياً طويلاً – عادة ما يستمر سنوات – يحاول فيه المحلل أو المعالج إعادة بناء الأنا أو الشخصية نحو التكامل والتكيف والاستبصار أفضل مع رغبات الذات ومشاكل حياة العميل .

(٣) يرى هذا التكنيك أن الظواهر المرضية إن هى إلا تضخيم للظواهر

السوية، وأن أعراض المريض تمثل نتاجاً لمحاولاته مواجهة مشاكله بقدر استطاعته وهكذا قلل هذا الأسلوب الهوة التى كانت مفترضة سابقاً بين المرضى والأسوياء .

(٤) إن إجراءات العلاج تتضمن أساساً استخدام التداعى الحر ، تحليل الأحلام وتوضيح مظاهر الشعور واللاشعور للمرض ويؤكد هذه الإجراءات :

أ- على الدور الدينامى لعمليات اللاشعور فى تشكيل السلوك المرضى والسوى.

ب- على أهمية خبرات الطفولة فى توافق وسوء توافق الشخص الراشد .

جـ- على أهمية الغرائز خاصة غريزة الجنس فى تفسير الأمراض الوظيفية.

(عن : عبد السلام الشيخ ، علم النفس المرضى ، ص ٢٩)

وكما يرى وينر فإن أسلوب العلاج يتركز فى مساعدة المريض – خلال التداعى الحر – على استحضار خبرات قديمة غالباً ما تكون لاشعورية، وعلى أن يستمر فى التعبير عن نفسه حتى حينما يصبح ذلك مؤلماً أو محيراً للمريض .

ولكى يستطيع المعالج ذلل عليه أن يقوم بإجراءات معينة منها توجيه أسئلة وتوضيح نقاط يجب أن يركز عليها المريض ثم تفسير المعوقات التى تعوق المريض عن الاسترسال فى التعبير عن نفسه ، وتتركز معظمها فى فهم المعالج لميكانزمات دفاع الأنا وتبصير المريض بها فى الوقت المناسب

(Weine, P. 363-365) وكما يتطلب هذا التعرف على محطات النمو النفسى والتى عندها يحدث تثبيت أو يحدث إليها نكوصين أو تتكون عقدة لاشعورية . . ويتطلب الأمر إذن عرضاً سريعاً لعمليات النمو هذه ثم ميكانزمات دفاع الأنا .

أ- فترات النمو الحاسمة عند الديناميين :

بالقدر الذى ننظر به إلى فرويد كطبيب ومعالج نفسى إليه كذلك كعالم نفسى ارتقائى . وقد قسم مراحل النمو - خاصة فى الطفولة - إلى مراحل متميزة لكل مرحلة عقدة أو سمة نفسية مميزة .

المرحلة الفمية : والتى تبدأ من الميلاد حتى الثانية حيث تتمركز اللذة الحسية عند الطفل فى فمه ومن هذا يقرب أى شىء يتناوله من فمه وفى هذه المرحلة يتعلم الانعزال والارتباط بشكل متبادل ودينامى.

المرحلة الثانية وهى الشرجية (١٨ شهر - ٤ سنوات) : وهى من المراحل الخطرة فى حياة الإنسان كلها وفيها يتعلم ضبط عمليات الإخراج وتتركز اللذة هنا فى الشرح والإخراج ، وكثيراً ما يستخدم الإخراج والتبول للحصول على انتباه أحد الوالدين خاصة الأم . وعادة ما يحدث تثبيت هنا نتيجة تطرف تعليمه الضبط يكتسب سلوكاً قهرياً - بشكل لاشعورى - تنعكس فى شخصية قهرية فى الرشد تهتم بشكل متطرف بالتفاصيل وسادية تهتم بالتحكم فى حياة الآخرين وعدم الضبط المتطرف وسوء تنظيمه يحدث سلوكا تعويضيا فى الرشد وإحساس بالتلقائية المتطرفة وسوء التنظيم

ومن هنا لا بد من إحداث توازن بين تعليم الطفل الضبط وعدم الضبط .

المرحلة الثالثة الأودوبية (٤-٧ سنوات) وتتكون في بدايتها من عقدة أوديب وهنا يتعلم الطفل الدور الجنسي الخاص به ، فالبنت لكى تكتسب انتباه أبيها تتقمص شخصية الأم وتتعلم دورها كأنثى ، والطفل لكى يكتسب حب أمه يتمثل سلوك أبيه مما يكسبه دور الذكر ، كما تمثل هذه المرحلة كذلك فترة النمو المعرفي والفيزيقى وبداية المدرسة والتعلم واكتسب الأصدقاء والانفصال المبدئى عن الوالدين وفى حالة النمو الطبيعى يرتبط الأطفال إناثاً وذكوراً بالأم أكثر من الأب .

(Ivey et 1987, P. 206)

وتبعاً لأريكسون ١٩٦٤ – وهو دينامى فرويدى – فإن الطفل فى المرحلة الفمية يتعلم إما الثقة أو عدم الثقة ، وفى المرحلة الشرجية يتعلم إما الإحساس بالتلقائية أو الخجل والشك ، وفى المرحلة الأودوبية يتعلم إما الإحساس بالكفاءة والانتماء أو الشعور بالذنب غير أن أريكسون يتناول فترات الحياة منذ الميلاد حتى الموت (Erikson, 1964) **بينما اقتصر فرويد** على فترات الطفولة .

ومهمة المعالج النفسى الدينامى أن يكتشف العلاقة بين الماضى والحاضر مثلما يجعل اللاشعور شعوراً ، فعليه مثلاً ملاحظة أن الشخصية القهرية والفوبياوية ربما حدث لها تثبيت فى المرحلة الشرجية . وأن يكشف الحيل الدفاعية وغيرها من العمليات اللاشعورية التى أحالت تلك

الخبرة اللاشعورية إلى بدائل من الأعراض المرضية الفوبياوية . ولهذا يسمى هذا التكنيك العلاجى بعلاج الكشف Uncovering Hrerapy .

ب- ميكانزمات الدفاع عند الأنا :

من أهم مهام الأنا – عند فرويد – أن تحدث توازناً بين رغبات الهو الجنسية والجامحة والقائمة على مبدأ اللذة المباشرة وبين القيم الصارمة للأنا الأعلى ، أو بين القوى الداخلية والخارجية التى تضغط على الفرد . وتعمل ميكانزمات الدفاع على حماية الفرد من القلق ومصادر التهديد سواء خارجية أو داخلية ، وبالطبع تعمل هذه الميكانزمات على مستوى لاشعورى ، ومن مهام المعالج الدينامى أن يكتشف – كما أشرنا سابقاً – حيث ميكانزمات الدفاع عن العميل والتى عادة ما تنتج من رغبات جنسية ليبيدية مكبوتة ومن أهم هذه الميكانزمات .

١- الكبت : ويقوم هذا الميكانزم لاشعورياً بكبت الرغبات الجامحة خاصة القائمة على مبدأ اللذة المباشرة والصادرة من الهو والمرفوضة من الأنا الأعلى أو المجتمع ، يقوم بكبتها بشكل لاشعورى ومنه يتكون اللاشعور حيث تختزن فيه هذه الخبرات ولا تموت والتى يرفض الرقيب والأنا الأعلى والمجتمع ظهورها مرة أخرى ، تتحين الفرص لتظهر فى صورة متعددة ومتخفية من سيطرة الرقيب ، وهكذا الأعراض المرضية ما هى إلا خبرات مكبوتة تظهر فى حيل مختلفة وعلى أشكال مختلفة وعلى أشكال مقنعة تكون مقبولة اجتماعياً . ويظهر الكبت فى النسيان أو عدم سماع

كلام المعالج رغم وضوحه أو عدم الوعى بما يعنيه سلوك جنسى واضح للمريض مثلاً .

٢- الإنكار Denial : من أكثر ميكانزمات الدفاع صعوبة ، ويظهر فى رفض العميل الاعتراف بحقائق خبرات واضطرابات صادمة مرت به أو صعوبة استدعائها مع المحلل . وإنكار الاعتراف سبب واضح وراء عرض مرضى عنده مثلاً بل وإنكار خبرات واضحة يكون قد مر بها ويعتبر هذا أساس وراء التفكير الذهانى حيث يمثل انفصال العميل عن الواقع وإنكاره له .

٣- الإسقاط Projection : يظهر حينما نجد العميل يرفض الاعتراف بسلوك معين عنده أو مشاعر معينة – مثل رغباته ومشاعره الجنسية واللاأخلاقية – بينما يؤكد هذا السلوك أو هذه المشاعر عند الآخرين بل ويعيب هذا السلوك عند الآخرين ويشعر بخوف واضطراب منه . وعادة ما يسقط العميل مشاعره على المعالج حباً بأشكاله المختلفة وكذلك كرها ويتضح هذا الإسقاط فى مرحلة تسمى مرحلة الطرح . تعتبر نقطة هامة وحاسمة لإنجاح أو فشل العلاج عند الديناميين .

٤- تكوين رد فعل (سلوك مضاد) : يظهر حينما يأتى العميل بسلوك مضاد لمشاعره اللاشعورية مثل مشاعر الحب اللاشعورية بتملك زوجة قد يحدث لها رد فعل عكسى فى ضرب هذه الزوجة وربما عدم الاقتراب منها . كما قد يحدث العكس أى أن الغضب المتطرف وكراهيه ,وحه

لاشعوريا قد ينعكس فى سلوك حب وتعلق أكثر بها وكأنه يتصور أنها لو تركته لانحرف وبحث عن غيرها .

٥- **الانتقال – الإبدال – Displacement : وهو صورة من صور التحويل حيث تنتقل مشاعر العميل حباً أو كراهية من موضوع صعب توجيه هذه** المشاعر نحوه إلى موضوع آخر ، مثل انتقال مشاعر كره الأب من المراهق إلى أو نحو مدرس بينه وبين الأب تماثل ما .

٦- الإعلاء : وهو ميكانزم إيجابى – سبق الإشارة إليه – وعادة ما يكون إعلاء لرغبات جنسية مكبوتة ، والطاقة الجنسية المكبوتة يمكن أن تفرغ فى التفوق الرياضى أو العلمى أو الفنى . . . الخ . ويفسر فرويد مظاهر الحضارة البشرية فى ضوء هذا الميكانزم .

٧- ميكانزمات أخرى : هناك ميكانزمات أخرى عديدة منها التعيين الذاتى التثبيت ، النكوص ، التحويل مثل تحويل الرغبات اللاشعورية المرفوضة إلى صداع مثلاً ، والتبرير . . . الخ .

(٤) كيف يتدرب الأخصائى على التحليل النفسى والعلاج الدينامى :

أ- لا بد أن يخضع الأخصائى لتحليل نفسى تحت إشراف محلل خبير .

ب- لا بد أن يتعرف على معالم وأسس النظريات الدينامية خاصة الفرويدية تفصيلاً .

جـ- عليه أن يدرب نفسه – ولو باستخدام القصف الذهنى – على إصدار أكبر قدر من الكلمات بغض النظر عن الترابط المنطقى بينها وذلك

باستخدام كلمات مثيرة من الحياة اليومية . ومن المعروف أن معظم النظريات الدينامية تركز على الجنس والرمزية الجنسية .

خذ مثلاً ورقة وأكتب أكبر قدر تستطيعه من الكلمات بعد أن تسمع كلمة يفضل أن تكون جنسية استخدم رموز فرويد التى كتبها فى كتابه Ageneral introduction to psychoanalysis 1934 لتفسير دلالات كلمات التداعى التى استدعيها .

د- استخدام التداعى الحر فى تفسير بعض مظاهر النسيان عندك أو تكسير الأشياء ، أو تكرار أنماط سلوكية أو أحلام .

هـ- تعلم تفسير الأحلام ومعنى إخراج الحلم عند فرويد ، والمعنى الظاهر والكامن والرمزية فى الحلم ويمكن أن نستعين بكتاب تفسير الأحلام لفرويد وترجمة مصطفى صفوان إشراف د . مصطفى زيور ، وحاول أن تفسر بعض أحلامك فى ضوء ذلك .

و- تحليل المقاومة : تشير المقاومة إلى أى شىء فى كلمات أو أفعال العميل تحول بينه وبين مجرد الاقتراب من الخبرات اللاشعورية المسئولة عن المرض والاضطراب ، ويظهر هذا خلال التداعى الحر حينما يتوقف العميل ولا يستطيع إكمال التداعى أو حينما يلجأ لميكانزم الأفكار .

وعلى المعالج أن يتعرف على صور وأشكال المقاومة هذه ، والأسباب والميكانزمات المسئولة عنها وأن يعالجها ليساعد العميل على الاسترسال .

ى- تحليل التحويل أى قدرة المعالج أو المحلل على فهم الموضوع الحقيقى

لمشاعر العميل والموضوعات البديلة أو موضوعات التحويل . وانه قد يكون أحد موضوعات التحويل خاصة كما يظهر فى مرحلة الطرح -- كما أسلفنا - حيث يطرح أو يحول العميل مشاعره المكبوتة بطاقتها اللاشعورية من الموضوع المرفوض اجتماعياً إلى المعالج - وعلينا أن ندرك هنا أننا ننشأ الموضوع الحقيقى لهذا الحب أو الكراهية .

وتمثل هذه النقطة حاسمة فى العلاج وعلى المعالج الجيد أن يستغلها للانتقال إلى المرحلة النهائية للعلاج : وإذا لم يستطع ذلك فربما تؤدى إلى انتكاسة خطيرة ، مع العلم أن العلاج التحليلى لا يتم إلا بحدوث هذه المرحلة (Through : Ivey etal, 1987, P. 22-21) .

ب - نظرية الذات :

يرجع القول بهذه النظرية إلى وليام جيمس خاصة فى كتابة "علم النفس" الذى نشر ١٨٩٠ حيث يفرض لمفهوم الذات ويشير إليها من وجهتين:

١- الذات كموضوع :

وتعنى إدراك الشخص لنفسه وتقديره لذاته باعتبارها موضوعاً يمكن دراسته موضوعياً .

٢- الذات كعملية :

أى نقطة مرجعية نرجع إليها الخبرات الجديدة التى نستقبلها ونتفاعل معها ونقيمها وتحقيق التكامل بين الذات ووظائفها وبيئتها وبين

البيئة ، وبذلك تساعد على تحقيق التأثر ، كما تساعد على التكيف وهى بذلك تعارض السلوكية فى تحليل السلوك .

(عن عبد السلام الشيخ ١٩٨٢ ص ٣٣) .

ويرى وليام جيمس أن الذات كموضوع هى الأنا العملية ، وهى ما يمتلكه الإنسان أو ما يستطيع أن يقول أنه له مثل جسمه ، سماته . قدراته، أصدقاؤه . . الخ وتتضمن مشاعر واتجاهات وميول الفرد ، بينما الذات كعملية تتضمن النشاط وعمليات التفكير والإدراك والتذكر ، وقد شاع استخدام كلمة الأنا للدلالة على الذات كعملية ، بينما تستخدم كلمة النفس ليصف نطاق تصور الشخص لنفسه .

(عن : يوسف القاضى وآخرون ، ١٩٨١ ، ص ٢٢٧)

وتتفرع نظرية الذات إلى اتجاهين هما :

(١) الوجودية : ترى أن الإنسان يحدد مصيره بنفسه ، وأن عمليات الضبط واتخاذ القرار لا توجد فى البيئة بل داخل الإنسان ، وكل فرد وحدة قائمة منفردة ، كما نعرف أنفسنا فقط من خلال علاقاتنا بالآخرين ، وإذا كانت الحياة سلسلة من القرارات فعلينا أن نساعد العميل على أن يقرر ويختار بنفسه .

(Ibid, P. 269)

وهذه المدرسة نفسية أكثر منها فلسفية ، غير أن لها بعض الآراء الخاصة بتفسير السلوك المرضى تتفق مع النسق المذهبى للوجودية الفلسفية الذى يقوم أساساً على اعتبار الفرد هو الجوهر الأساسى . كما تؤكد على

حرية الإنسان وإمكانيات تحققه لذاتـه . والـذات حـرة فـى وضـع وجوده الخاص ، وتتغنى بالآلام وبما يسمى بالقلق الوجودى الذى هو جوهر الحياة فى نظر هذه المدرسة ، وعلـى الإنسان أن يجـرب الإحبـاط والآلام حيـث أن الذات تنضج وتصقل بها . بينما إذا أجـبر الفـرد علـى الخضـوع لهـا وافتقد إرادته وحريته يصبح هنا مريضاً . وهنا تختلـف مـع الفرويديـة فـى تـأكيد الأخيرة على حتمية السلوك وأن الإنسان سجين غرائزه الحيوانية البدائية .

(عن : عبد السلام الشيخ ، ١٩٨٢ ، ص ٣٤)

العلاج المتمركز حول العميل :

أحد تفرعات نظرية الـذات وفـى نفـس الوقـت ينـدرج تحـت دائـرة العلاج الفينولوجى أو الظاهريا وفى الوقت الذى يركز فيه الديناميون خاصـة الفرويد على الصراعات واللاشعور – وهى أمور مستنتجة غير ظـاهزة يركـز الفينولوجيون على خصائص العميل الظاهرة وخبراته الواعية "هنا والآن" .

ويرتبط هذا التكنيك باسم كارك روجـز ١٩٠١ – ١٩٦١ وقـد ظـهر أول كتاب له ١٩٤٢ بعنوان الإرشاد والعلاج النفسى وتضمن عنـاصر يحتاجـها علـم النفس المرضى مثل الإرشاد والتوجيه النفسى Wolnian, 1965. P. 12-15 ثم ظهر كتاب له ١٩٥١ بعنوان العلاج المتمركز حول العميل يـرى فيـه أن كـل عميل هو وحدة فريدة نسجها مثل بصمة الإصبع ، ويجب أن يوضع لـه برامج علاج خاصة به غير متكررة فى تفاصيلها ومـن هنـا سمـى (العـلاج المتمركـز حول العميل) ثم ظهر له كتاباً آخر بعنوان "جماعات المواجهـة ١٩٧٠

(Ivey,1987, P. 275- 527)

وقد تطورت آراء كارل روجز عبر مراحل عديدة غير ان هناك ارضية أساسية ظلت كما هـي عـبر هـذه المراحـل توضح القـاعدة الأساسية للعـلاج المتمركـز حـول العميـل وهـي أن النـاس أحـرار فـي إختياراتـهم واختيـار الأسلوب الذى يحبون به ، وإننا نتحكم في مصائرنا بالرغم مما نحملـه مـن عبء ماضينا الـذى لا يمكـن التخلـص منـه ، ويـرى روجـرز أن لدينـا ميـلا طبيعياً نحو الصحة والنمو والتقدم وتحقيق الـذات ، وأن المشـكلات النفسـية هى نتيجة مباشرة للعقبات التى توضع فى طريقنا لتحقيق الـذات ومـن هنـا كان من أهـم أهـداف هـذا التكنيـك زيـادة فـهمنا واسـتبصارنا بـه وبذواتنـا ومظاهر التفكك فيها .

ومن خصائص جلسة العلاج هى أنها لا بد أن تتسم بـالحث والـدفء ويهدف تشجيع العميل على التعبير واستكشاف ذاته كما هى وكمـا يريدهـا وليس كما نريدها نحن مما يسهم فى تقبل المريض والمعالج كـل منـهما للآخـر مع تقبل العميل لذاته وتقديره لها ونترك فى الجلسة أكبر قدر مـن الحريـة للعميل ليوجه نفسه – وعلينا فقط أن نسـاعد العميـل علـى أن يكـون موجـها لذاته وأن يكتشف مشكلاته ، ومـن هنـا يعتـبر منـهج روجـرز غـير موجـه (Retws, 1990. P. 527) وهذا الأسلوب لا يركز على عرض معين بقدر ما يركز على الموقف ككل بشكل متكامل . والعلاج غير الموجه هنـا يضـع كـلام العميل موضع اهتمام حقيقى، وقد يتدخل المعالج فـى تفسـير بعـض المواقـف ولكـن كل ما يسفـره لا يجب أن يزيد عن نصف كلام القابـلة بينمـا لا

يقل ما يفسره عن ثلثى كلامه فى المقابلة .

(Wolman, 1965, P. 512)

وتقوم فلسفة روجرز فى العلاج والإرشاد على ثلاث نقاط :

أ- أن كل شخص هو ذو قيمة فى حد ذاته ولا بد من احترام ذاتيته .

ب- أن كل فرد قادر على القيام بمسئولية نفسه .

جـ- لكل فرد الحق فى توجيه نفسه بنفسه واختيار قيمه وأهدافه وقراراته.

ومن هنا يؤكد أنه ليس للمرشد النفسى أى دور توجيهى ، بل عليه أن يركز على العميل نفسه ، فالمرشد لا يفسر ولا يوجه إنما يعاون العميل على تحقيق النضج ، ومن هنا يسمى أسلوب روجرز فى الإرشاد بالأسلوب اللاتوجيهى Inondirective (عن : يوسف القاضى وآخرون ١٩٨١ ، ص ٢٢٧ ، ٢٢٩) وتتلخص آراء روجرز فى :

(Rathus, 1990, P. 555)

١- النظر إلى الذات كوحدة تجاهد للحصول على تحقيق ذاتها .

٢- يؤكد على أن الفرد يستجيب دائماً للمواقف من حيث ادراكاته الخاصة عن نفسه وعن عميله .

٣- إن معظم استجابات الفرد حتى المرضية تكون منسقة مع تصوره لذاته .

٤- إن الذات تمثل قوة تقوم بتوحيد الاستجابات وتوجيه السلوك .

٥- إنه لا بد من تنمية واستغلال طاقات الذات لنمو وتحقيق هذه الذات.

(عن : عبد السلام الشيخ ١٩٨٢ . ص ٣٥)

ووظيفة المرشد هو أن يساعد نفسه وعلى أن يفك نشد كد عمم

ووضوحاً .

- تطور آراء روجرز : نجد أن آراء روجرز مرت بثلاث مراحل هى :

أ- اللاتوجه nondirective .   ب- التمركز حول العميل .

جـ- الفترة المعاصرة .

ويذكر رازراس (ومع خصائص يتسم بها المعالج المتمركز حدد للميل).

١- بالنظر - الإيجابية غير الشرطية:-

بمعنى أن على المعالج تقبل قيم العميل كما هى بدون شروط ، وبالرغم من عدم ضرورة تقبل كل سلوك هذا الشخص ، غير أن علينا أن نحترمه كإنسان مستقر وله أهدافه .

٢- فهم وتعاطف مع العميل :-

ينعكس هذا الفهم فى توضيح مشاعر وخبرات العميل من وجهة نظر العميل (ومن خلال الحوار الرجعى) ، مع الإنصات الجيد له .

٣- الوعى وتقبل العميل :-

بمعنى أن يكون المعالج متفتحاً أمام العميل ومشاعره تتقبلها بحب وبوعى ، كما تكون مشاعر العميل عن طريق التعبير الحر للعميل عن مشاعره .

٤- الملاءمة بين عناصر جلسة العلاج :

أن يكون هناك تناسقاً بين مفهوم الذات عند الفرد والسلوك والوجدان والتذكر وعلى المعالج أن يكون أيضاً بحيث يصبح نموذجـاً للتكـامل والملاءمـة يحتذى أمام المواطنين .

ويؤكد فى المراحل الثلاث على الفرد وكيفية إدراكه للعـالم وعلـى أن الخبرة الذاتية للعميل هى الواقع وأن ادراكات كل فرد مخالفة للآخر . وهذه المراحل تفصيلاً كما يلى :

أ- الأولى : "مرحلة اللاتوجه" (١٩٤٠ - ١٩٥٠) :

تؤكد هذه المرحلة على تقبل العميل وإقامة مناخ لا يصدر المعالج فيـه أحكاماً بل عليه أن ينمى قدرة العميل على إصدار القرارات والاهتمـام بعـالم مدركات العميل .

ب- الثانية : "التمركز حول العميل" (١٩٥٠ - ١٩٦٣) :

هنا ظهر التمركز حول مشاعره وحل عدم التناسق بين الذات المثالية والواقعية ، لا تؤكد على المهارات مع تفادى المواقف المهددة للعميل .

جـ- الثالثة : وهى المعاصرة :خبرة الحاضر" :

الزيادة فى اندماج الشخص والتأكيد على خبرة الحاضر ، المرشد هنا أكثر نشاطاً وأهمية الفروق الثقافية – اتجاه المرشد أهم مهارات المقابلة .
(Ivey, 1987, P. 277)

مراحل تطور نظرية روجرز :- ذكرها ولمان فى مرحلتين هما :-

١- المرحلة الأولى :

وضع كارل روجرز استثناء خاصاً لنشاط المعالج الذى كان يعتبر دخيلاً ، وعلى هذا أكد على الموضوعية الخاصة بالمرشد النفسى ، وعليه أن يواجه الحقيقة بصراحة حتى أنه قد يجد نفسه مندمجاً وجدانياً على أن يوظف هذا الاندماج الوجدانى فى مصلحة المريض "ويرى روجرز أن حرية تعبير العميل وبشكل مريح يتضمن الخطوات الأساسية التالية :-

أ- التعبير الصريح للعميل . ب- يؤدى إلى استبصار .

جـ- ينمى القدرة على الاختيار والعمل .(Wolman, 1965, P. 12-16)

٢- المرحلة الثانية :

فى هذه المرحلة ظهرت تغيرات أساسية لعل أهمها زيادة التمركز حول العالم والانتقال من اصطلاح اللاتوجه إلى التمركز حول العميل ، وظهر هنا كتاب روجرز بعنوان Client Central Method العلاج المتمركز حول العميل ١٩٥١ ولم يستخدم روجرز أنه على المرشد النفسى أن يدرك العالم كما يدركه المريض نفسه ، وأن يستبعد أى إدراك لهذا العالم خلال إطار مرجعى خارجى ، وأن يكون على دراية كاملة بتطور نظريات الشخصية والكيفية التى تنمو بها ، وكيفية إعادة بناء وتنظيم شخصية .

وفى جلسات العلاج نعمل على تنمية خبرات العميل بما يساعد على إكسابه إطاراً منسقاً تحت ما يسمى "تصور الذات" .

والعميل الذى يستطيع أن يتقبل ذاته وخبراته ويستطيع استدعائها يكون سوياً حيث مفهوم الذات يتغير عنده بطريقة ملائمة مع الخبرات الجديدة .

بينما الشخص المضطرب هو ذلك العميل الذى ينمى وليس ذاته بأسلوب انتقائى بمعنى أن يتقبل بعض الخبرات وينكر بعضها مما يحدث تفككاً واختزال الذات إلى نسخة ناقصة مشوشة ، وأفكاره لمثل هذه الخبرات يحدث تناقصاً حاداً وإلى صراع كما يؤدى بالعميل إلى نتيجة سيئة ولا يثق فى خبراته ولا فى قدرته على توجيه ذاته . ويركز العلاج على إعادة بناء القدرة وتساعد العميل على فهم المشاعر التى يحاول أن يعبر عنها وتصبح اتجاهات المريض هى القوة المركزية وليس تكنيك العلاج (Wolman, 1965, P. 12-18) واتجاه حركة العلاج عادة هى فى مساعدة المريض على اكتشاف ذاته ومشاكله واتجاهاته ، وكلما ساعدنا المريض على التوجه نحوه داخلياً نجده أكثر جرأة فى أن يجرب ويختبر هذه الاتجاهات وعلى هذا فإن معايشة اتجاهات جديدة وتغيير الذات يمضيان سوياً يداً بيد .

(Ebid, P. 12-18)

أساليب تعديل الشخصية عند روجرز :

يذكر روجرز ٦ شروط أساسية تسهم فى تقدم العميل بغض النظر عن التوجه النظرى للمعالج أو المرشد :

١- المقابلة : بمعنى شخصان فى اتصال شخصى .

ـ ول العميل فى حالة عدم تلاؤم وقلق ، ويمثل عدم التلاؤم الفـارق بـين الذات المثالية والواقعية وعلى المعالج أن يجعـل العميـل علـى وعـى بعـدم التناسق .

٣- الشخص الثانى : هو المعالج متناسق ومتكامل فى العلاقة .

٤- على المعالج أن يسير بنظرة إيجابية غير شرطية للعميل وأن يرى فى العميل اتجاه إيجابى بغض النظر عن سلوكه الظاهر .

٥- يجب أن يحيا المرشد أو المعالج متعاطفاً وفاهماً للإطار المرجعى للعميل .

٦- يستطيع العميل أن يدرك هذه الشروط إذا حدثت علاقة ضعيفة .

(يوسف مصطفى وآخرون ٩٨ ، ص ٢٤٣) (Ibid, P. 276)

مثال تدريبى فى الإرشاد المتمركز حول العميل :

يجـب أن نعـرف أن عالمنـا ملـيء بمـن يتـبرعون بتقديـــم النصــائح والهدف من هذا التمرين هو أن تعرف كيـف تدخـل عـالم الأفكـار المرجعـى للعميـل ، والمطلـوب لذلـك أن تسـتخدم فقـط مـهارات الاسـتماع ، لا تتـبرع بنصائح أو تفسيرات مثل هذا غـير مسـموح بـه فـى تكنيـك روجـرز ، ربمـا تستخدم نوعاً من الأسئلة ولكن يجب أن تكون موجهة نحو التعـرف بـالأطر المرجعية للعميل .

ويمكن تلخيص هذا المثال فى النقاط التالية :-

١- **بناء الموقف المتطابق** : Ropport/Structuring

ابدأ المقابلة بأحداث علاقة موافقة وألفة بينك وبين العميل حتى تشعرا أنتما الاثنان بالراحة قل للعميل بوضوح أنك تود الاستماع إليه وتفهم وقد تسأل ولكنك لن تعطى نصائح .

٢- **تجميع المعطيات** :

استخدام أولاً مهارات الاستماع مع التفكير للتشجيع ، وحاول توضيح بعض جمل العميل بكلمات أخرى ، ثم لخص ما يقوله بعد فترة محددة ، على أن يكون للجلسة بناء مستمراً ومتصلاً ، بعد أن تستمع للمشكلة بوضوح ربما يمكنك استيضاح بعض النقاط .

٣- **توضيح النتائج** :

بعد فهمك لمشكلة العميل ، لخص لنفسك الطريقة التى يفضل العميل أن يرى الأشياء عليها ، هنا قد تجد نفسك فى حاجة إلى أن تسأل أسئلة تدور حول الشكل والأسلوب الذى يحب العميل أن تكون عليه الأشياء ، الذات الواقعية ، الذات المثالية لدى العميل .

٤- **إيجاد حلول بديلة** :

من المهم فى تكنيك روجرز أن نميز بين المثالى والواقعى عند العميل. عليك أن تلخص عدم التناسق هذا مثل : من جهة نجد أن مشكلتك هى . . . ومن وجهة أخرى فإنك تود أن يكون الأمر كما تفضله كذا . . .

والآن ما هو الحل الذى طرأ على ذهنك – عليك أن تفكر فى ذلك. ثم

ساعده على أن يكون وجهات نظر عديدة (بدائل) وجديدة .

جـ- العلاج الجشتالتى :

تقوم نظرية الجشتالت على أسس تجريبية خاصة وتتحدد معالمها :

أ- أن الإدراك الكلى أيسر من الإدراك التجميعى ، وهو الشائع .

ب- أن الكل الجشتالتى لا يساوى - كماً ونوعاً - مجموع أجزائه .

جـ- أن الجزء فى كل ما لا يساوى نفس الجزء فى كل آخر .

د- إن اكتساب الفرد للخبرات - التعلم - يتم عن طريق استبصار الفرد بالعلاقات بين عناصر الكل وتنظيمها وإعادة تنظيمها ، كما يرتبط العلاج بعمليات التنظيم والتكامل .

ما هو العلاج الجشتالتى :

يتركز هذا العلاج فى العمل على تكامل أو إعادة التكامل لأجزاء الذات فى كل واحدة ، وهذه الأجزاء التى يتكون منها الكل يجب أن تعاد إلى تكاملها .

ويتفق الجشتالت خاصة العالمة بيرلز Perls مع روجرز على الخبرة المباشرة الحاضرة للعميل كأسلوب لإحداث تكامل العميل بالنسبة للعالم وللذات (Perls, 1969, P. 30) كما يؤكد الجشتاليتون على ما يلى :

(١) خبرة هنا والآن :

يركز العلاج الجشتالتى على مساعدة العميل أن يدرك ويشعر بعالم "الآن" بدلاً من الماضى والمستقبل .

(٢) التوجيه :

يقوم المعالج الجشتالتى بتوجيه العملاء على ما يجب أن يعمله منهم، ويقوم المعالج بإدارة حركة العميل ويقترب من السلوكيين فى خبرة هنا والآن ، وكذلك فى إمكانية تقديم تغذية رجعية وتفسيرات مع أسئلة حول مدركات ومشاعر العميل .

(٣) تغيرات لغوية :

عادة يشجع المعالج الجشتالتى عميله على تحويل الأسئلة إلى تقرير ن مثلاً السؤال هل تحبنى ، يعنى فى الحقيقة أنى لست متأكد من حبك لى (Ivey, 1987, P. 284)

أى أن العلاج الجشطالتى يهدف إلى مساعدة المريض على الاستبصار بالصراع الداخلى الناتج من تفكك الشخصية ويساعده على إعادة تنظيم مكونات الشخصية فى كل متكامل ، وعلى المعالج والعميل أن يتقبل كل منهما واقع الصراع بدلاً من إنكاره .

كما يقوم هذا التفكيك على مبدأ سلوكى من حيث نظرته إلى تفكك الشخصية لا فى ماضيها البعيد بل "هنا والآن" ويلتقى مع آراء روجرز أن الناس أحرار فى اختياراتهم .

ومن أجل هذا كان العلاج الجشطالتى موجهاً إلى حد كبير حيث يقوم المعالج بلعب دور واضح فى توجيه العميل من خلال خبرات تخطيطية منظمة مستعيناً فى ذلك بأسلوب الديالوج (المحاورة بين شخصين واكتشاف مصادر العلاج من خلال هذه المواجهة (ويتم هذا إعادة من خلال تكنيكات

مجددة أهمها الكرسى الفارغ ستأتى الإشارة إليه) .

ويلتقى العلاج الجشطالتى مع التحليل فى اهتمامه بتحليل الأحلام وإن كان يتناولها بشكل مخالف لتناول التحليليين لهما ، مثل أن تطلب من العميل أن يقوم أحياناً بلعب دور بعض عناصر الحلم .

(Ibid, 1990, P. 530)

أمثلة من تكنيكات العلاج الجشتالتى :

أ- المقعد الفارغ Empty Chair

فى حالة عميل يشعر بصراع أو خوف مع شخص آخر ، يجلس العميل على مقعد وأمامه مقعد فارغ ، ثم يطلب منه أن يتكلم مع الشخص الآخر ويتصور أنه جالس أمامه على المقعد الفارغ . وبعد فترة يغير موضع الكرسى ويتكلم كما لو كان هو الشخص الآخر . ثم يدير المعالج المناقشة بين العميل والشخص المتصور ويغير المقاعد عند نقاط حاسمة ، ويقترب هذا التكنيك من بعض تكنيكات العلاج السلوكى التى تتبع فى تعلم تأكيد الذات.

ب- التحدث مع أجزاء من الذات :

فى حالة الصراع بين الفرد وذاته ، مثل كراهية الفرد لذاته أو رفضه لها هنا نبحث عن تفاصيل هذه الذات ، ويمكن أن ستخدم المقعد الفارغ ويتصور المريض أن الجزء الآخر منه على الكرسى المقابل الفارغ ويجرى المحادثة معه ، ثم يحدث تبادل المواقع ، ويقوم المعالج بإدارة هذا الديالوج وتوجيهه .

جـ عمل الحلم :

يهتم الجشتالتيون بتفسير الحلم كالتحليل النفسى ، غير أنهم لا يستخدمون الحلم لفهم الصراعات الماضية بل لفهم الخبرات الحالية .

د- عبور العميل إلى البيئة : Transactinat Anatyris

يؤكد العاملون فى المصحات النفسية والعقلية أن أبواب هذه المصحات دورات ، بمعنى أن العميل الذى يخرج منها فى حالة جيدة سرعان ما تدور به الأبواب من ٣ – ٩ شهور بعد الخروج ليعود إلى المستشفى .

يرجع ذلك إلى شروط متعددة منها صعوبة تكيف المريض مع بيئته بعد خروجه من المستشفى ، أى أنه لم يستطع العبور من بيئة المستشفى إلى البيئة الخارجية مما أعاده مرة أخرى إليها .

من هنا ظهر هذا الأسلوب الجديد ، وكانت أول بادرة له سنة ١٩٦٤ ، وبدأ يستخدم كأسلوب علاجى عام عن طريق التليفزيون وكان يشرف على هذا البرنامج العالم الأمريكى أريك بيرن Eric Berre.

وقد اشتق هذا التكنيك من النظريات السيدوديناميه ، ولا يعتبر نسق علاجى منظم بقدر ما هو مفاهيم وتصورات علاجية .

ويهدف هذا الأسلوب إلى تعديل الاتصالات وعمليات العبور ما بين العملاء والآخرين وبالتالى يهتم بعلاج البيئة التى يحيا فيها العميل – خاصة الأسرة – بهدف منع انتكاسة المريض . وعلى هذا عادة ما يهدف المعالج أو المرشد إلى تغيير المريض أو الأسرة ربما باستخدام الإرشاد العلاجى أو علم النفس التعليمى . لتعليم مهارات تمنع من انتكاسة المريض

ويمثل Morrilc; Otting and Hurst 1980 أسـلوب عـلاج عبـور العميل بالمكعب الآتى :

العميل بالمكعب الآتى :

الغرض من التدخل لمنع الانتكاسة

١ـ العلاج

٢ـ المنع والتحصن

٣ـ النمو

هدف العلاج لمنع الانتكاسة :

١ـ الفرد

٢ـ الأسرة

٣ـ الجماعات المرجعية

الوسائط

التدريب والارشاد

خدمات التوجيه

ويهتم بمعرفة رغبات الوالدين والأصدقاء والأشخاص المـهمين وبما يحبه العميل يهم وهذا التكنيك أقرب إلى الفرويدية (لاحظ مثلاً التوازى بين الوالد – الراشد – الطفل – والهو – الأنا – الأنا الأعلى) إلا أنه يتخذ منحـى الفلسفات الإنسانية ، كما يهتم بتغيير الفكر والسلوك كما يهتم بعلم النفس التعليمى لتعليم مهارات للعميل للتوافق مع البيئة.

وقد قام أريك بيرنز Eric Berno بتوضيح العلاقة بين بناء الشخصية كما ينظر إليها هذا التوجه T.A وبين بنائها عند فرويد وذلك في كتاب لبيرنز بعنوان " الألعاب التي يلعبها الناس Games People Play وفي هذا الكتاب صنف بيرنز الشخصية إلى ثلاث حالات الأب – الراشد – الطفل وكل منا يحمل هذه الحالات الثلاث بنسب مختلفة ، ويمثل الأب حالة الأنا في وضعه الأخلاقي ، ويمثل الطفل الأنا في حالة اللامسئولية وحالات الانفعال واللذة ، بينما يمثل الراشد حالة الأنا المنطقي الواقعي أي أن الأنا (عند الطفل) وفي هذا التكنيك T.A يشبه الهو عند فرويد والراشد يمثل الأنا ، والأب الأنا الأعلى ، غير أننا بعكس الفرويد تكون على وعي كامل بحالات الشخصية الثلاث ، بما يجعل من هذا التكنيك ظاهرياتي وليس دينامي كما أشار إيفي Ivey سابقاً .

ويهدف هذا التكنيك وعلاوة على ما سبق إلى مساعدة الناس على تبني موقف حياة يقوم على أساس أنني على ما يرام I 'out ok وأنت أيضاً على ما يرام ، وبالتالي علينا أن نتقبل أنفسنا والآخرين ومن الذين وصفوا هذه القاعدة على تكنيك T.A العلامة توماس هارس T. Harris في كتاب له يحمل نفس المقولة I'am O.K ١٩٦٧ .

ولأن هذا التكنيك يهدف أساساً على مساعدة العميل على بناء اتصالات سوية مع الآخرين مما يساعده على مقاومة الانتكاسة المرضية فإن يستخدم ، في مواقف متشابهة مثل العلاقة بين زوجين يشتكون من

مشكلات اتصال بينهما ويشجع الناس على الاتصال بعضهم ببعض كراشدين وليس كأطفال أو آباء ذلك أنه إذا لم يكن الاتصال قـائم علـى أسـاس حالاتنـا كراشدين نجد أنفسنا كما يرى إريك بيرنز . نلعـب ألعابـاً تـؤدى إلى مواقـع ونواتج غير صحيحة فى الحياة .

(Ibid, P. 529)

هـ- أساليب علاجية أخرى :

١- من هذه الأساليب العلاج الجمعى والعلاج الأسرى .

٢- العلاج باستخدام علم النفس التعليمى .

ثانياً :- التوجهات التجريبية :

وهى التوجهات التى انبثقـت مـن خـلال نظريـات اتخـذت أسـلوب التجربة – كما هو متبع فـى العلـوم الفيزيقيـة تقريبـاً أداه لهـا للتوصـل إلى القواعد التى تحكم السلوك ، ومن هذه التوجهات التوجه السلوكى وما ينبثق عنه – كما سنرى – ولما كنا سنعرض لهذه التوجـهات تفصيـلاً فيمـا سـيأتى فسنكتفى هنا بالإشارة إلى بعضها .

(١) التوجه أو النظرية السلوكية :

رائدهـا واطسـون الأمريكـى (١٨٤٩ – ١٩٢٤) الـذى تـأثر بمعـاصرة بافلوف وقرأ له وأعجب به ، ويؤكد واطســون علـى دور البيئـة فـى تشـكيل السلوك ، وعلى أهمية المثيرات لتعلمنا سلوك ما .

وحـاول واطسـون تفسـير دون التعلـم فـى السـلوك المرضـى ، وعمـل دراسته المشهورة على الطفل البرت الذى علمه فيها مرض العصاب "الفوبيا"

عن طريق تعميم الطفل الاستجابة ، وكذلك هناك تجارب بـافلوف وتلاميـذه حول تعميم الحيوانات العصاب التجريبى والتى سـوف سـنعرض لهـا فيمـا يأتى :

(عبد السلام الشيخ ، ١٩٨٢ ، ص ١٩٨٨)

(٢) العلاج السلوكى المعرفى :

يقوم علـى أسـس وقوانـين النظريـة السـلوكية ، إلا أنـه يركـز علـى استخدام اللغة وما يرتبط بها من أفكار وتصورات وأعمـال ، ومهمـة المعـالج السلوكى المعرفـى هـو إحـداث تكـامل بـين الفعـل والفكـر واتخـاذ القـرار ، وتعديل الطريقة التى يرى بها العميل العالم .

ويمكن اعتبـار جـورج كيللـى أول معـالج سـلوكى معرفـى ومـن أهـم تكنيكاته العلاجية ، تكنيك تثبيت الدور حيث يبحث مع العميـل عـن دور له يفضله ثم يدربه على أدائه داخـل وخـارج المعمـل حتـى يمكـن أن يؤديـه بالخارج .

ويعتبر ألبرت أليس الرائد الأول لهذا الأسلوب العلاجـى الـذى بـدأ أولاً سيكوديناميا ، ومن أوائل كتبه الهامة كان عـن الإرشـاد الجنسـى سـنة ١٩٥٨ وسوف نعرض له فيما بعد .

ويؤكد هذا التوجه علـى أنـه ليسـت الأشـياء وإنمـا نظرتنـا إليـها . وكذلك حاجتنا للعمل والسلوك هى المسئولة عن اضطرابنا .

(Ivey, 1987, P. 301-330)

وانبثـق من هذا التوجه علماء معاصرون لهم تأثيرهم الواضح فـى

العلاج مثل "بك" وتشخيصه وعلاجه للاكتئاب وكرويبولتز وتركيزه على علاج الأفكار الخاطئة وأهمية تعديل المعارف مع تعديل السلوك . . . ويعرض الفصل السادس لهذه التوجهات تفصيلاً .

وفى نهاية هذا الفصل يتطلب الأمر أن نتوقف لنقارن بين التوجهات الدينامية والتوجهات القائمة على النتائج التجريبية ، وما إذا كان من الممكن أن نستفيد من كل منها فيما يعنى بالعلاج أو مهارات العلاج المتكاملة أم لا .

المعالج الدينامى فى مقابل المعالج السلوكى :

هناك فروق أصبحت واضحة بين المعالج الدينامى والسلوكى ، تنبثق هذه الفروق من الفروق بين النظرية التى يتبناها المعالج دينامى كان أو سلوكى ، وهى فروق عرضنا لنا فى أماكن سابقة مختلفة كما سنعرضها فى أماكن آتية من هذا الكتاب .

غير أن هناك فروقاً أخرى هامة انتهى إليها سلرمان وآخرون ١٩٧٥ حيث أوضح أن المعالجين السلوكيين يرغبون فى الإجابة على أسئلة مرضاهم بتقديم معلومات ، بينما المعالج الدينامى عادة ما يعيد السؤال مرة أخرى للمريض ، كما يميل المعالج السلوكى أن يقدم توجيهات لعملائه عما يجب أن يفعلوه . وفى سنة ١٩٥٥ – ١٩٥٨ سأل ستروب Stropp معالجين ذوى توجهات مختلفة أن يكتبوا استجابات لجمل تقريرية مكتوبة ، وفى فيلم لمريض وجد أن :

١ - المعالج الخبير استنتج منها استجابات عديدة ومتسقة عن غير المدرب .

٢- المعالج السيكوديناميى المدرب استخدم تفسيرات أكثر من غير المدرب .

٣- المعالج المتمركز حول العميل المدرب جيداً يستخدم استكشافات أكثر وتفكيراً أقل عن غير المدرب .

وبعكس ما هو متوقع وجدت سلويان وآخرون أن المعالج السلوكى يظهر لديه مستوى مرتفع من التعاطف والاتساق مع ذاته والاتصال مع العملاء أكثر من المعالجين الآخرين .

المراجع

١ - أحمد عكاشة (١٩٧٦). الطب النفسى المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .

٢ - أحمد عكاشة (١٩٨٠). الطب النفسى المعاصر، الطبعة الثالثة، القاهرة، دار المعارف .

٣ - أحمد عكاشة (١٩٨٦). الطب النفسى المعاصر، الطبعة الرابعة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .

٤ - أحمد عكاشة (١٩٩٨). الطب النفسى المعاصر، الطبعة الخامسة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .

٥ - أحمد عكاشة (١٩٨٢). علم النفس الفسيولوجى، الطبعة السادسة، القاهرة، دار المعارف .

٦ - حامد زهران (١٩٧٧). الصحة النفسية والعلاج النفسى، القاهرة، عالم الكتب .

٧ - حسام الدين عزب (١٩٨١). العلاج السلوكى، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .

٨ - حسين فايد (١٩٩٤). دراسة مقارنة فى الشخصية والأعراض السيكوسوماتية بين متعاطى كل من العقاقير المثبطة والعقاقير المنشطة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب. جامعة عين شمس.

٩ - حسين فايد (١٩٩٢). دراسة مقارنة لديناميات شخصية متعاطى الهيروين ومتعاطى الحشيش، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب جامعة عين شمس .

١٠- دانيل لاجاش (١٩٥٧). المجمل فى التحليل النفسى، ترجمة مصطفى زيور وعبد السلام القفاش، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

١١- دليل تشخيص الأمراض النفسية (١٩٧٩). الجمعية المصرية للطب النفسى، القاهرة، دار عطوة للطباعة .

١٢- زينب شقير (٢٠٠٠). الشخصية السوية المضطربة، القاهرة، مكتبة النهضة العربية .

١٣- سامى عبد القوى (١٩٩٦). مدخل إلى علم الأدوية النفسية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية .

١٤- سامى عبد القوى (١٩٩٢)، محاضرات فى الأمراض السيكوسوماتية، القاهرة، كلية الآداب، جامعة عين شمس .

١٥- عبد السلام الشيخ (١٩٩٩). محاضرات فى الشخصية، طنطا، مكتبة سماح .

١٦- عبد السلام الشيخ (١٩٩٤) مقدمة فى علم النفس الاجتماعى، طنطا، مكتبة سماح .

١٧- عبد السلام الشيخ (ب. ت) مدخل إلى علم النفس الإكلينيكى، طنطا، مكتبة سماح .

١٨- عطوف ياسين (١٩٨٦). علم النفس العيادى، بيروت، دار العلم للملايين .

١٩- عماد الدين سلطان (ب. ت). الطب النفسى، القاهرة، دار النهضة العربية .

٢٠- عمر شاهين ويحيى الرخاوى (١٩٧٧). مبادئ الأمراض النفسية، الطبعة الثالثة، مكتبة النصر الحديثة .

٢١- فرج طه وآخرون (١٩٩٣. موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، الكويت، دار سعاد الصباح .

٢٢- فيصل خير الزراد (١٩٨٤). علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، بيروت، دار العلم للملايين .

٢٣- كمال الدسوقى (١٩٧٤). علم الأمراض النفسية، بيروت، مكتبة النهضة العربية .

٢٤- لويس مليكة (١٩٧٧). علم النفس الإكلينيكى، جـ١، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٢٥- محمود أبو النيل (١٩٨٤). الأمراض السيكوسوماتية، القاهرة، مكتبة الخانجى .

٢٦- محمود الزيادى (١٩٨٧). ضغوط الحياة وعلاقتها بالاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية، حولية كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، العين، العدد (٢) .

٢٧- محمود الزيادى (١٩٨٨). علم النفس الإكلينيكى، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .

٢٨- محمود حمودة (١٩٩٠). النفس: أسرارها وأمراضها، القاهرة، مكتبة الفجالة .

٢٩- مصطفى زيور (١٩٨٦). فى النفس، بيروت، دار النهضة العربية .

٣٠- والتركوفيل وآخرون (١٩٨١). الأمراض النفسية، ترجمة محمود الزيادى، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .

٣١- يحيى الرخاوى (١٩٧٩). دراسة فى علم السيكوباثولوجى، القاهرة، دار الغد للثقافة والنشر .

32- Adler, C. & Adler, s (1989). Treatment of Psychosomatic disorders, In: S. cheren (ed.) Psychosomatic medicine. Theory, Physiology, and Practice. International Universities Press, Inc. Nason, Vol., 11, 865- 879 .

33- Ameccian Psychiatric Association. (1987). Siagnostic and statistical mumunal of mental disorders (3 rd. ed. ret.): Washington. D. C. : APA.

34- Ameccian Psychiatric Association. (1994). Siagnostic and statistical mumunal of mental disorders (DSM-IV): Washington. D. C. : APA.

35- Drummand, D. (1991). Individual Therapy With drug takers, In: I. class (ed.) The International hand book of adduction behavior, Routledge. New York, 241-243 .

36- Falkowski, W. (1991). Group Psychotherapy for alcoholics and dug addicts, In. Ilass (ed.). The international hand book of addiction of addiction behavior, Routledge, New York, 244-253 .

المحتويـــــات

الموضــــوع **الصفحـة**

الفصل الثالث

(تصنيف وتشخيص الأمراض النفسية)

الفصل الرابع

(الاضطرابات العصابية)

الموضـــوع	الصفحـة

الفصل الخامس

اضطرابات الشخصية

الموضـــوع	الصفحـة